affico di organi nel mercato globale

Questo saggio è un'indagine etnografica e una
riflessione sulle trasformazioni del corpo e dello
ato in relazione al traffico e al trapianto di organi in
ndizioni di globalizzazione economica.
rapianto di organi avviene oggi in un ambiente
nsnazionale in cui chirurghi, pazienti, donatori,
eventi e intermediari – alcuni con collegamenti
minali – seguono le nuove vie del capitale e della
nologia. La posta in gioco è alta poiché le
nologie e le pratiche della chirurgia dei trapianti
nno mostrato il loro potere di riconcettualizzare il
po umano e le sue relazioni. La straordinaria
fusione di queste tecnologie, i bisogni artificiali, le
cessità e i beni di consumo (gli organi freschi) che
se ispirano, specialmente all'interno di un trion-
te neoliberismo, pongono questioni fondamentali
ordine antropologico circa le dominazioni globali e
resistenze locali, il rimodellamento delle relazioni
i corpi individuali e lo Stato, tra dono e beni di
nsumo, tra medicina e magia nell'epoca
stmoderna.

ICY **SCHEPER-HUGHES** insegna Antropologia alla University
California, Berkeley, dove dirige anche un programma di
di in antropologia medica. Tra le sue pubblicazioni:
*ath without Weeping: The Violence of Everyday Life in
zil* (1992); ha curato inoltre *Psychiatry Inside Out:
ected Writings of Franco Basaglia* (1987).

ISBN 88-87009-23-6
9 788887 009231

5 000 Euro 7,75

SCHEPER-HUGHES Il traffico di organi nel mercato globale ombre corte

NANCY SCHEPER-HUGHES

Il traffico di organi nel mercato globale

ombre corte / tracce

Titolo dell'opera originale: *The Global Traffic in Human Organs*

Traduzione dall'americano di Cristina Gottardi

Prima edizione italiana: ottobre 2001

Via Alessandro Poerio, 9 37124 Verona
Tel./fax: 045 8301735; e-mail: ombrecorte@tiscalinet.it
www.deriveapprodi.org/ombrecorte.htm

Progetto grafico e impaginazione: ombre corte

ISBN 88-87009-23-6

Indice

Premessa

Questo saggio[1] viene offerto come un surrogato "trapiantato" dall'intervento di Sidney Mintz "Small Wars: The Cultural Politics of Childhood", che ho avuto l'onore di presentare il 28 ottobre 1996 alla Johns Hopkins University. Una versione rivista e ampliata di quell'intervento è stata pubblicata come introduzione a *Small Wars: The Cultural Politics of Childhood*, a cura di Nancy Scheper-Hughes e Carolyn Sargent (University of California Press, Berkeley; Los Angeles 1998). Spero che tracce della sensibilità storica ed etnografica di Mintz si ritrovino anche nella mia analisi della trasformazione degli organi umani in beni di consumo, ennesima variante del commercio globale di corpi, desideri e bisogni (cfr. Mintz 1985). Questo articolo emerge da un più ampio progetto in collaborazione, "Selling Life", codiretto dalla sottoscritta e da Lawrence Cohen alla University of California, Berkeley, e finanziato dalla Open Society

1 La versione qui presentata è apparsa in "Current Anthropology", volume 41, numero 2, aprile 2000 [N.d.R.].

Foundation di New York. A questo progetto collaborano anche David e Sheila Rothman. Una prima bozza dell'articolo è stata scritta quando ero ricercatrice presso l'Institute on Violence, Culture and Survival alla Virginia Foundation for the Humanities di Charlottesville. João Guilherme Biehl ha collaborato alla raccolta dei dati e alla discussione di molti degli argomenti toccati in questo saggio. In Brasile sono stata assistita da Mariana K. Ferreira (Dipartimento di Antropologia, Università di San Paolo), Nùbia Bento Rodrigues (Medicina sociale, Facoltà di Medicina, Università del Salvador) e Misha Klein (Dipartimento di Antropologia, Università di San Carlos). In Sud Africa sono stata aiutata in maniera straordinaria dai miei assistenti di campo: Anthony Monga Melwana della University of Cape Town e Charlotte Roman di Goodwood, Cape Town. L'assistenza offerta nella ricerca da Suzanne Calpestri della George and Mary Foster Anthropology Library di Berkeley è stata inestimabile. Molti colleghi del Dipartimento di Antropologia a Berkeley e del Dipartimento di Antropologia sociale di Cape Town hanno contribuito in maniera sostanziale alla revisione di questo documento. A tutti loro sono estremamente grata.

Introduzione

L'urgenza di pervenire a nuovi standard etici internazionali per la chirurgia dei trapianti, alla luce di rapporti di abusi ai danni dei membri più svantaggiati della società, ha riunito nella cittadina italiana di Bellagio nel settembre del 1995 un piccolo gruppo di chirurghi dei trapianti, specialisti della acquisizione di organi, esperti di scienze sociali e attivisti per i diritti umani, sotto la supervisione dello storico sociale David Rothman. Questo gruppo, la Bellagio Task Force on Organ Transplantation, Bodily Integrity, and the International Traffic in Organs, di cui faccio parte, esamina gli effetti etici, sociali e medici della commercializzazione di organi umani e le accuse di abusi dei diritti umani nella raccolta e distribuzione degli organi nell'ambito di un crescente mercato globale.

I punti più urgenti da esaminare sono i presunti espianti di organi da prigionieri giustiziati in Cina e in altri paesi dell'Asia e del Sud America, oggetto poi di vere transazioni commerciali per il mercato dei trapianti; il continuo traffico di organi in India, nonostante nuove leggi rendano que-

sta pratica illegale in molte regioni; quale verità si nasconda dietro ai sospetti generalizzati di mutilazioni, furti di corpi e rapimenti di bambini per reperire organi destinati alla chirurgia dei trapianti.

Sulla base delle mie precedenti ricerche sulla realtà sociale e metaforica che sta dietro alle voci di furti di organi e bambini in Brasile (Scheper-Hughes 1991, 1992:cap. 6) e altrove (Scheper-Hughes 1996a) sono stata invitata a far parte di questa Task Force come etnografa-antropologa. Al secondo incontro, nel 1996, sono stata incaricata di condurre una ricerca etnografica sul contesto sociale della chirurgia dei trapianti in tre paesi – Brasile, Sudafrica e (in collaborazione con il mio collega di Berkeley Lawrence Cohen) India – scelti proprio perché la pratica dei trapianti si sta rivelando lì una questione molto controversa.

L'India continua ad essere uno dei luoghi principali di traffico nazionale e internazionale di reni acquistati da donatori viventi. Ai dibattiti medici e filosofici sulla vendita dei reni (cfr. Daar 1989, 1990, 1992a, 1992b; Reddy 1990; Evans 1989; Richards et al. 1998) e agli studi medici circa l'alto tasso di mortalità tra i riceventi stranieri di reni acquistati in India (cfr. Saalahudeen et al. 1990), non è seguito alcuno studio a documentare gli effetti medici e sociali a lungo termine della vendita dei reni sui venditori, le loro famiglie, le loro comunità. In Brasile le accuse di rapimenti di bambini, furti di reni e commercio di organi, tessuti e altre parti del corpo continuano nonostante l'approvazione nel 1997 di una legge sulla donazione

universale, volta a soffocare le voci e a impedire lo sviluppo di un mercato illegale di organi. In Sudafrica la riorganizzazione radicale della sanità pubblica sotto la nuova democrazia e il dirottamento dei fondi statali verso la prima assistenza hanno spostato dialisi e chirurgia dei trapianti nel settore privato, con prevedibili conseguenze negative in termini di equità sociale. Nello stesso tempo, accuse di gravi abusi medici – specialmente il prelievo illegale di organi negli obitori della polizia, durante e dopo gli anni dell'apartheid – sono arrivate di fronte alla Commissione ufficiale per la Verità e la Riconciliazione del Sudafrica. Infine, Sheila Rothman (1998) e un piccolo gruppo di studenti di medicina hanno iniziato una ricerca parallela nella città di New York. I loro primi risultati evidenziano ostacoli a uno pre-screening favorevole per le donne, gli afro-americani e gli ispanici candidati al trapianto.

Il primo rapporto della Bellagio Task Force (Rothman et al. 1997) raccomandava la creazione di un comitato internazionale di sorveglianza sui donatori, con il compito di indagare sui sospetti di abusi paese per paese e di fungere da centro di informazioni sulle pratiche di donazione degli organi. Come primo passo, Lawrence Cohen, David Rothman e io abbiamo lanciato un nuovo progetto triennale, "Medicine, Markets, and Bodies/Organs Watch", supportato dall'Open Society Institute e incardinato presso la University of California, Berkeley e la Medical School of Columbia University, New York. L'osservatorio intende in-

dagare, monitorare, documentare e pubblicizzare (con l'aiuto di attivisti internazionali per i diritti umani, etnografi locali e studenti di medicina) le violazioni dei diritti umani nella raccolta e nella distribuzione degli organi. Nel biennio 1999-2000 ci aspettiamo di aggiungere alla nostra ricerca collettiva nuovi centri nell'Est Europa, in Medio Oriente, nell'Asia sud-orientale e in America Latina.

1. Antropologi su Marte

Questo saggio rappresenta la nostra prima incursione in un territorio alieno, a volte ostile e pericoloso [1], nell'intento di esplorare la pratica dei trapianti e della raccolta di organi e tessuti in obitori, laboratori, prigioni, ospedali e sale operatorie al limite della clandestinità, dove avviene uno scambio di corpi, organi e tecnologie al di là di qualsiasi confine, locale o nazionale. Quasi tutti i luoghi in cui si effettuino dei trapianti sono in qualche modo parte di una rete globale; nello stesso tempo però l'ambiente della chirurgia dei trapianti è piccolo e personale, e ai suoi livelli più alti potrebbe essere paragonato a un paese in cui tutti conoscono tutti. Diventa quindi essenziale mantenere l'anonimato degli informatori, salvo coloro che hanno già espresso pubblicamente opinioni e commenti.

Cohen e io abbiamo svolto la nostra ricerca tra il 1996 e il 1998, per un totale di cinque viaggi sul

campo (di sei-otto settimane l'uno) in Brasile (Recife, Salvador, Rio de Janeiro e San Paolo), Sudafrica (Città del Capo e Johannesburg) e India. In ognuno di questi luoghi, aiutati da un piccolo gruppo di ricercatori locali e colleghi antropologi, abbiamo condotto osservazioni e interviste in cliniche dei trapianti e centri di dialisi sia pubblici che privati, in laboratori di ricerca, banche degli occhi, obitori, stazioni di polizia, redazioni di giornali, tribunali e studi legali, uffici pubblici, camere parlamentari, e in tutti gli altri luoghi in cui la raccolta degli organi e la chirurgia dei trapianti veniva effettuata, discussa, dibattuta. Oltre a condurre interviste con chirurghi, coordinatori di trapianti, infermieri, amministratori d'ospedale, ricercatori, bioetici, attivisti, trapiantati e donatori viventi, Cohen ed io siamo stati anche nelle aree rurali e nei ghetti urbani, nei quartieri e nelle baraccopoli vicine ai grandi ospedali pubblici per scoprire cosa immaginava e pensava la gente povera e socialmente emarginata del trapianto degli organi e dei significati simbolici e culturali di sangue, parti del corpo, morte e del giusto trattamento del corpo morto.

Dei molti campi che mi sono trovata a indagare, nessuno è paragonabile al mondo dei trapianti per le sue proprietà mitiche, la sua segretezza, la sua impunità e il suo esotismo. Il commercio degli organi è esteso, remunerativo, esplicitamente illegale in molti paesi e contrario all'etica secondo ogni associazione medica professionale. Si tratta quindi di un mondo nascosto. In alcuni luoghi il

commercio di organi lega gli strati più elevati della pratica biomedica alle ramificazioni più basse del mondo criminale. Le transazioni possono coinvolgere la polizia, chi lavora negli obitori, patologi, impiegati statali, autisti di ambulanza, operatori del pronto soccorso, manager di banche degli occhi e del sangue, e coordinatori dei trapianti.

A descrivere il nostro approccio a questo traffico ben si adatta la felice frase coniata da Oliver Sacks (1995), "un antropologo su Marte". Giocando ai buffoni-antropologi, abbiamo iniziato facendo le prime domande, stupide ma necessarie: *Cosa sta succedendo*? Quali verità emergono alla luce? Quali bisogni, e di chi, vengono trascurati? Quali voci vengono zittite? Quali sacrifici vengono compiuti senza alcun riconoscimento? Cosa c'è dietro la retorica del trapianto come dono, altruismo, scarsità e bisogno?

La chirurgia dei trapianti, così come viene praticata oggi in molti contesti globali, è un miscuglio di altruismo e commercio, di scienza e magia, di dono, baratto e furto, di scelta e coercizione. I trapianti hanno riconcettualizzato le relazioni sociali tra il sé e l'altro, tra l'individuo e la società, e fra i "tre corpi" – il corpo esistenziale, "vissuto", il corpo sociale, rappresentativo, e il corpo politico (cfr. Scheper-Hughes e Lock, 1987). Hanno ridefinito inoltre i concetti di reale/irreale, visibile/invisibile, vita/morte, corpo/salma/cadavere, persona/non-persona, dicerie/finzione/fatti. A fronte di queste radicali trasformazioni l'antropologia è rimasta in silenzio, e i maggiori dibattiti si sono svolti tra chi-

rurghi, bioetici, giuristi internazionali ed economisti. Di tanto in tanto gli antropologi sono intervenuti per tradurre o correggere i frequenti discorsi medici e bioetici sulla pratica dei trapianti, laddove si rivelavano in conflitto con concezioni alternative del corpo e della morte. Le animate discussioni, i dibattiti e la difficile collaborazione di Margaret Lock (1995, 1996) con il filosofo morale Janet Radcliffe Richards (cfr. Richards et al. 1998), le risposte di Veena Das (s.d.) a quest'ultima e ad Abdullah Daar (Das 1996) sono esemplari al riguardo.

Probabilmente, però, ciò che si richiede all'antropologia è piuttosto qualcosa di simile al manifesto radicale di Donna Haraway (1985) per i corpi e gli esseri cyborg che siamo già diventati. L'emergere di strani mercati, capitali in eccesso, "corpi in surplus" e parti di ricambio umane ha generato un commercio globale dei corpi che promette a pochi individui ragionevolmente facoltosi di qualsiasi parte del mondo – dal bacino amazzonico[2] ai deserti dell'Oman – una miracolosa estensione di quello che Giorgio Agamben (1998) definisce *bios* – la vita nuda e cruda, la forma elementare della vita della specie[3]. Di fronte a questo dilemma tardo-moderno – a questa particolare "fine del corpo" – il compito dell'antropologia è relativamente chiaro: porre in essere la radicale vocazione epistemologica della nostra disciplina e il nostro impegno per il primato dell'etica (Scheper-Hughes 1994).

Ciò che segue è un saggio etnografico e una

meditazione sulle trasformazioni del corpo e dello stato in condizioni di globalismo economico neoliberista.

2. Economia globale e corpo come bene di consumo

George Soros (1998a) ha recentemente analizzato alcune mancanze del capitalismo globale, in particolare l'erosione dei valori e della coesione sociale di fronte al crescente predominio di valori di mercato antisociali. Il problema è che il mercato è per sua natura indiscriminato e incline a ridurre tutto allo *status* di bene di consumo – anche gli esseri umani, la loro sofferenza e capacità riproduttiva. Come ha notato Arjun Appadurai (1986), nella "candidatura a merce" non vi è nulla di certo, stabile o sacrosanto. Ciò è illustrato nella maniera più drammatica nell'attuale mercato di organi e tessuti umani per rifornire un commercio basato sulla domanda e sull'offerta. Il rapido trasferimento della tecnologia dei trapianti nei paesi dell'Est (Cina, Taiwan e India) e del Sud del mondo (specialmente Argentina, Cile e Brasile) ha creato una scarsità globale di organi vitali che ha dato avvio a un movimento di corpi malati in una direzione e di organi sani – trasportati come bagaglio a mano su voli di linea, in normali contenitori termici in polistirene – spesso nella direzione opposta, creando una sorta di scambio cerimoniale di corpi e di organi.

Quelle che erano prima procedure sperimentali eseguite in pochi, avanzati centri medici (spesso collegati a istituzioni accademiche) sono diventate operazioni di *routine* in tutto il mondo. Il trapianto di reni è oggi praticamente universale. Le percentuali di sopravvivenza sono aumentate significativamente nell'ultimo decennio, benché varino ancora a seconda del paese, della regione, della qualità e del tipo di organo (da donatore vivente o da cadavere), e dell'accesso ai farmaci antirigetto a base di ciclosporina. In alcune regioni del Terzo Mondo dove le probabilità di infezioni e epatiti sono più elevate, si osserva una preferenza per il donatore vivente, il cui stato di salute può essere documentato prima dell'operazione di trapianto.

In generale, il flusso degli organi segue le moderne rotte del capitale: dal Sud al Nord, dal Terzo al Primo Mondo, dai poveri ai ricchi, dalla gente di colore ai bianchi, dalle femmine ai maschi. Veti di ordine religioso in una regione o in un paese possono stimolare un mercato di organi nelle aree vicine, più laiche o pluraliste. I residenti degli stati del Golfo si recano in India e nell'Europa dell'Est per ottenere reni, resi scarsi nei loro paesi dagli insegnamenti del fondamentalismo islamico, che in alcune zone consente il trapianto di organi (per salvare una vita) ma limita pesantemente la donazione. Pazienti giapponesi viaggiano fino in Nord America per trapianti di organi provenienti da donatori clinicamente morti, una definizione di morte, questa, accettata in Giappone solo di recente e con molta riluttanza. A tutt'oggi

il trapianto di cuore viene eseguito raramente in Giappone, e la maggior parte dei trapianti di reni si deve a donatori viventi e consanguinei (cfr. Lock 1996, 1997, s.d.; Ohnuki-Tierney 1994). Per molti anni i giapponesi hanno fatto ricorso a vari intermediari – a volte con legami nella malavita – per trovare cuori in altri paesi, tra cui la Cina (Tsuyoshi Awaya, testimone di fronte all'International Relations Committee, U.S. House of Representatives, 4 giugno 1998) e gli Stati Uniti.

Finché la pratica non fu condannata dall'Associazione Medica Mondiale nel 1994, pazienti di molti paesi asiatici andavano a Taiwan ad acquistare organi espiantati da prigionieri giustiziati. La messa al bando di questa pratica nella capitalista Taiwan ha semplicemente avviato un pratica simile nella Cina socialista: la fame di valuta dei governi non conosce confini ideologici o politici. Ugualmente, pazienti provenienti da Israele, che ha centri di trapianti ottimi ma sottoutilizzati (cfr. Fishman 1998; Kalifon 1995), si recano in Europa Orientale, dove è possibile trovare donatori viventi di reni, o in Sudafrica, dove i *confort* delle cliniche private ricordano quelli di un hotel a quattro stelle. Nello stesso tempo la Turchia sta emergendo come un centro attivo del traffico illegale di organi, un centro che raccoglie e ospita per le operazioni sia i pazienti che i donatori viventi. In tutte queste transazioni gli attori principali sono gli intermediari. In seguito a questi eventi disgustosi, gli etno-sociologi Renée Fox e Judith Swazey (1992) hanno abbandonato dopo quarant'anni

il campo dei trapianti, esprimendo il loro sgomento di fronte alla "profanazione" del trapianto di organi nell'ultimo decennio e puntando il dito contro l'"ardore eccessivo" nel prolungare la vita all'infinito e contro la scelta di andare verso incentivi economici e l'acquisto degli organi. Più recentemente la Fox (1996:253) ha espresso la speranza che la sua decisione possa servire come esempio morale contro la perversione di una tecnologia di cui lei stessa era stata una fervida sostenitrice.

I concetti di dignità del corpo e sovranità dello stato hanno posto qualche limite al mercato globale degli organi, ma si sono rivelati concetti fragili. In Occidente le riserve di ordine teologico e filosofico hanno ceduto abbastanza facilmente alle necessità della medicina avanzata e della biotecnologia. Donald Joralemon (1995:335) ha notato argutamente che il trapianto di organi sembra essere protetto da una dose massiccia di immunosoppressori culturali, un equivalente ideologico della ciclosporina che impedisce il rigetto di un organo estraneo da parte del corpo. Questa forma di rimozione è necessaria per superare la resistenza del corpo sociale all'idea estranea del trapianto e ai nuovi generi di corpo e di pubblico che essa comporta. Nessun papa contemporaneo, a partire da Pio XII, ha sollevato obiezioni morali alle richieste della chirurgia dei trapianti. La chiesa cattolica ha deciso trent'anni fa che la definizione della morte – diversamente dalla definizione della vita – fosse lasciata ai medici, preparando la strada all'accettazione della morte cerebrale.

Mentre i trapianti sono diventati ormai quasi *routine* nell'Occidente industrializzato, è possibile cogliere la straordinarietà di fondo di questa tecnologia osservando gli effetti della sua espansione in nuovi ambiti sociali, culturali ed economici. Dovunque arrivi, la chirurgia dei trapianti sfida le consuetudini locali e le pratiche tradizionali riguardanti il corpo, la morte e le relazioni sociali. Le nozioni comuni di persona fisica, relazioni tra le parti del corpo e l'intero, il trattamento e l'eliminazione dei morenti vengono quindi reinventate in tutto il mondo. Veti di ordine religioso e culturale sono collassati negli ultimi anni proprio come le borse dei paesi emergenti.

Lawrence Cohen, che nell'ultimo decennio ha lavorato in centri rurali in varie regioni dell'India, nota come in breve tempo l'idea di vendere un rene per mettere insieme una dote abbia preso piede e sia diventata una strategia dei genitori poveri che disperano di ottenere un matrimonio onorevole per una figlia di troppo. Dieci anni fa, quando la gente leggeva sui giornali le prime notizie di vendite di reni nelle città di Bombay e Madras, la reazione era di comprensibile allarme. Oggi, spiega Cohen, alcune di queste stesse persone parlano concretamente di *quando* potrebbe essere necessario vendere un organo "in sovrappiù". Secondo Cohen, non necessariamente si sa di qualcuno che sia stato tentato di vendere una parte viva di sé, ma l'idea del rene come "merce" ha permeato l'immaginario sociale: "Il rene rappresenta [...] il limite del proprio orizzonte economico, l'estrema

garanzia" (s.d.). Alcuni genitori dicono di non doversi più preoccupare del destino di una figlia senza dote; nel 1998 Cohen ha incontrato a Benares alcuni amici intenzionati a vendere un rene per raccogliere denaro per la dote di una sorella minore. In questo caso – nota – "le donne vanno in una direzione, i reni in un'altra". E l'apparizione di una nuova tecnologia biomedica ha rinforzato una pratica tradizionale, quella della dote, che stava ormai scomparendo. Con l'emergere di nuove fonti di guadagno, il sistema della dote si sta estendendo, insieme alla vendita dei reni, anche in zone dove non veniva praticata tradizionalmente.

Nelle zone interne del Brasile nord-orientale, in seguito a un commercio di reni sviluppatosi alla fine degli anni Settanta, la gente comune ha iniziato a considerare i propri organi doppi come ridondanti. I quotidiani brasiliani riportavano inserzioni come questa, pubblicata nel 1981 nel *Diario de Pernambuco*: "Sono disposto a vendere qualsiasi organo del mio corpo non indispensabile alla mia sopravvivenza e che possa salvare la vita di un'altra persona, in cambio di una cifra di denaro tale da consentirmi di mantenere la mia famiglia". Ivo Patarra, un giornalista di San Paolo con cui ho collaborato per questo progetto, ha rintracciato l'uomo dell'inserzione in un sobborgo della periferia di Recife. Miguel Correia de Oliveira, 30 anni, sposato e padre di due bimbi piccoli, era disoccupato e preoccupato per le miserabili condizioni della sua famiglia. Non riusciva a pagare l'affitto, i debiti si accumulavano, e non aveva

neppure il denaro per comprare il giornale tutti i giorni per vedere se qualcuno aveva risposto al suo annuncio. A Patarra disse (1982:136):

> Farei esattamente quello che ho detto, e non sono pentito della mia offerta. So che l'operazione è difficile e rischiosa, ma venderei qualsiasi organo che non causi la mia morte immediata. Potrebbe essere un rene, o un occhio, perché ne ho due... Vivo in una crisi continua e non riesco a sbarcare il lunario. Potrei vendere un rene o un occhio per così tanto denaro da non aver più bisogno di lavorare. Ma non sono stupido: mi farei prima esaminare dal dottore e quindi mi farei dare il denaro *prima* dell'operazione. E dopo aver pagato i miei debiti, investirei il resto in borsa.

Nel 1996 ho intervistato un'insegnante all'interno di Pernambuco che era stata convinta a donare un rene a un lontano parente maschio in cambio di un piccolo compenso. Nonostante il pagamento, Rosalva insisteva di aver donato "con il cuore" e per pietà verso suo cugino. "Inoltre – aggiungeva – non ti sentiresti obbligata a dare un organo di cui tu ne hai due e l'altro nessuno?" Non molti anni prima, però, mi era capitato di accompagnare una piccola processione al cimitero comunale di quello stesso paese per il funerale di un piede amputato. I sentimenti religiosi e culturali sulla sacralità e integrità del corpo erano ancora forti. L'idea di Rosalva – meno di due decenni dopo – del proprio corpo come riserva di parti di ricambio era inquietante.

3. India: il bazar degli organi

Molte persone – non necessariamente ricche – accettano di coprire grandi distanze per garantirsi un trapianto attraverso canali legali o illegali, nonostante le percentuali di sopravvivenza in alcuni dei contesti più commercializzati siano molto basse. Tra il 1983 e il 1988, per esempio, 131 pazienti da tre unità renali negli Emirati Arabi Uniti e in Oman sono arrivati fino in India per acquistare reni da donatori viventi, passando attraverso intermediari locali. I donatori, per lo più provenienti da baraccopoli, venivano pagati tra i 2.000 e i 3.000 dollari. Notizie di nascenti "bazar di organi" nei ghetti di Bombay, Calcutta e Madras comparvero nei settimanali indiani (Chengappa 1990) e in speciali reportages delle televisioni inglese e americana. Non era chiaro all'epoca quanto queste notizie fossero fondate, ma nei primi anni Novanta cominciarono ad apparire articoli scientifici su *The Lancet* e *Transplantation Proceedings*, riportando di scarsi risultati medici con reni acquistati da individui malati di epatite e HIV (cfr. Saalahudeen et al. 1990).

I primi accenni a un commercio di organi comparvero nel 1983, quando un medico statunitense, H. Barry Jacobs, fondò la International Kidney Exchange nel tentativo di procurare reni da donatori viventi nel Terzo Mondo, e in particolare in India. Nei primi anni Novanta venivano ormai eseguiti ogni anno in India circa 2.000 trapianti di reni da viventi, inducendo Prakash

Chandra (1991) a definire l'India come il "bazar mondiale degli organi". I sostenitori dei donatori a pagamento, ad esempio K.C. Reddy (1990), urologo con una notevole attività di trapianti di reni a Madras, affermavano che legalizzare il mercato avrebbe eliminato i mediatori che traevano profitti sfruttando i donatori. Reddy descriveva il mercato dei reni come una sorta di ufficio matrimoni, dove si riunivano compratori disperatamente malati e venditori disperatamente poveri, in una temporanea alleanza contro la malasorte che li perseguitava.

Il libero mercato dei reni, rivolto prevalentemente a pazienti facoltosi del Medio Oriente, fu costretto alla clandestinità nel 1994 con l'approvazione di una legge che dichiarava reato la vendita degli organi. Recenti rapporti di attivisti per i diritti umani, giornalisti e antropologi medici, tra cui Cohen e Das, indicano però che questa nuova legge ha prodotto nel paese un mercato nero ancora più ampio, controllato dal crimine organizzato legato anche al traffico di eroina (e in alcuni casi con il sostegno dei leader politici locali). In altre zone dell'India il commercio dei reni è controllato dai proprietari di ospedali-aziende frequentati anche da pazienti stranieri che possono permettersi di pagare per soggiornare in lussuose suites ospedaliere in attesa di trovare un donatore vivente. Alcuni reporter (cfr. *Frontline*, 26 dicembre 1997) hanno scoperto che un gruppo di medici e intermediari a Bangalore e Madras continua a trarre profitto dalle vendite di reni perché la legge consente una scappatoia permettendo la "donazione" di reni tra estranei, dietro approvazione dei locali comitati medici. Cohen e altri riferiscono come questi comitati vengano facilmente corrotti in zone dove la vendita dei reni è diventata una fonte importante del reddito locale, con il risultato che le compravendite si svolgono ora con il benestare ufficiale dei comitati.

Oggigiorno – spiega Cohen (s.d.) – solo i ricchi possono acquistare un rene da estranei, perché oltre a pagare il donatore, l'intermediario e l'ospedale, devono pagare una tangente ai membri dei comitati di autorizzazione. Quanto ai venditori dei reni, reclutati da intermediari che solitamente trattengono metà della cifra, sono quasi tutti gente intrappolata in un circolo vizioso di debiti. Il commercio di reni è un altro anello, secondo Cohen, del sistema di servitù del debito rafforzato dal riaggiustamento strutturale neoliberista. La vendita dei reni evidenzia alcuni degli effetti bizzarri di un capitalismo globale che cerca di trasformare tutto in bene di consumo. E mentre padri e fratelli parlano di vendere un rene per salvare figlie o sorelle senza dote, nella realtà dei fatti sono spesso le donne a vendere un rene per salvare il marito, sia che questi abbia rovinato la famiglia per problemi di alcolismo o disoccupazione, o che sia rimasto intrappolato nei debiti. Questa pratica segue la logica della reciprocità dei generi: il marito "dona" il suo corpo in un lavoro umile e spesso logorante, la moglie "dona" il suo corpo in operazioni mediche reciprocamente vitali.

Ma il clima di rampante commercialismo ha prodotto sospetti e accuse di furti di organi in ospedali simili a quelli brasiliani. In un convegno internazionale da me organizzato nell'aprile del 1996 alla University of California, Berkeley, sul commercio di organi umani, Veena Das ha raccontato a un giornalista della National Public Radio, per il programma *Marketplace*, la storia di una giovane donna di Dehli i cui dolori addominali furono diagnosticati come calcoli alla vescica che dovevano essere rimossi. Tempo dopo, la donna accusò il chirurgo di aver usato i calcoli alla vescica come pretesto per operarla e asportarle un rene da vendersi a terzi. Vere o false – e questo genere di accuse sono incontrollabili perché gli ospedali rifiutano di aprire i loro archivi a giornalisti o antropologi – queste storie vengono credute dai poveri di tutto il mondo, che di conseguenza evitano gli ospedali pubblici anche per le operazioni più necessarie o più semplici.

4. Cina: il corpo dello Stato

La Cina viene accusata di prelevare organi dai prigionieri giustiziati per rivenderli poi per trapianti a pazienti prevalentemente stranieri. Lo Human Rights Watch / Asia (1995) e l'indipendente Laogai Research Foundation hanno documentato, attraverso le statistiche disponibili e le relazioni di informatori cinesi, tra cui medici e guardie carcerarie, come lo Stato cinese espianti

sistematicamente reni, cornee, tessuti epatici e valvole cardiache dai prigionieri giustiziati. Mentre alcuni di questi organi vengono usati per premiare cinesi con i giusti agganci politici, altri sono venduti a pazienti di Hong Kong, Taiwan, Singapore e altre nazioni asiatiche, per prezzi che possono raggiungere anche i 30.000 dollari a organo. Gli organi ufficiali hanno negato queste accuse, ma proibiscono agli osservatori indipendenti di essere presenti alle esecuzioni o di consultare le cartelle mediche relative ai trapianti. Già nell'ottobre del 1984 il governo emanò una direttiva che stabiliva che "l'uso dei cadaveri e degli organi dei criminali giustiziati *doveva essere mantenuto strettamente segreto*... per evitare ripercussioni negative" (citato in Human Rights Watch / Asia 1995:7).

Robin Monroe, autore del rapporto di Human Rights Watch / Asia (1995), ha riferito alla Bellagio Task Force che ogni anno venivano prelevati organi da circa 2.000 prigionieri giustiziati, e, peggio ancora, che la cifra era destinata a crescere, dal momento che l'elenco dei crimini capitali in Cina era stato ampliato per venire incontro alla crescente domanda di organi. Queste dichiarazioni sono confermate da un rapporto di Amnesty International in cui si afferma che una nuova dura campagna anticrimine in Cina ha drasticamente aumentato il numero di esecuzioni, anche di ladri e evasori fiscali. Nel 1996 sono state emesse almeno 6.100 sentenze di morte e sono state accertate almeno 4.367 esecuzioni capitali. In seguito a questi rapporti, David Rothman (1997) ha visitato

molti dei maggiori ospedali di Pechino e Shanghai, dove ha intervistato chirurghi e altri operatori sanitari sugli aspetti tecnici e sociali della chirurgia dei trapianti, così come veniva praticata nei loro centri. Mentre questi rispondevano senza difficoltà alle domande di natura tecnica, rifiutavano di rispondere a domande sulla provenienza degli organi, sui costi di organi e operazioni, o sul numero di pazienti stranieri che ricevevano trapianti. Rothman è tornato dalla Cina convinto che dietro la campagna anticrimine si nasconda "un fiorente commercio che utilizza gli organi dei prigionieri come materia prima".

Tsuyoshi Awaya, un altro componente della Bellagio Task Force, ha compiuto cinque viaggi di ricerca in Cina a partire dal 1995 per indagare sulla raccolta di organi nelle prigioni cinesi. Nel suo viaggio più recente, nel 1997, era accompagnato da un mediatore giapponese e da molti suoi pazienti, tutti poi tornati in Giappone con reni nuovi che essi sapevano provenire da prigionieri giustiziati. Awaya ha riferito nel 1998 all'International Relations Committee statunitense che moltissimi pazienti giapponesi si recano oltremare per ottenere un trapianto: coloro che non possono permettersi di andare in Occidente si recano in uno dei tanti paesi in via di sviluppo del continente asiatico e anche in Cina, dove l'acquisto di organi di prigionieri giustiziati fa parte del pacchetto di servizi ospedalieri per un'operazione di trapianto. Dal momento che i prigionieri non vengono pagati per le loro "donazioni", la vendita degli organi

in Cina formalmente non esiste. Tuttavia, prelevare gli organi dei prigionieri senza consenso può essere considerato una forma di furto di corpi.

Il dott. Chun Jean Lee, infine, primario di chirurgia dei trapianti al National Taiwan University Medical Center e anch'egli membro della Bellagio Task Force, è convinto che le affermazioni sulla Cina siano vere perché l'utilizzo di organi di prigionieri giustiziati è ampiamente diffusa in Asia. Finché le organizzazioni internazionali per i diritti umani non hanno fatto pressione, il suo stesso istituto a Taiwan era solito chiedere alle prigioni gli organi di cui aveva bisogno. La Cina ha resistito – suggerisce Lee – a causa del disperato bisogno di dollari e perché in Asia le questioni del consenso informato godono di minor considerazione. In alcuni paesi asiatici l'uso di organi di prigionieri è visto come un bene sociale, una forma di pubblico servizio, e un'opportunità per loro di redimere l'onore delle loro famiglie.

Naturalmente non tutti i cittadini cinesi abbracciano questo ethos collettivista, e attivisti per i diritti umani come Harry Wu, direttore della Laogai Foundation in California, considerano questa pratica come una grave violazione dei diritti umani. Nel convegno di Berkeley del 1996 sul traffico d'organi Wu raccontò:

> Nel 1992 intervistai una dottoressa che partecipava abitualmente all'espianto di organi da prigionieri condannati. In un caso, mi disse, avendo un mancamento nel raccontarlo, si trovò a partecipare ad un'operazione in cui a notte fonda due reni venivano espiantati da

un prigioniero vivo e anestetizzato. La mattina seguente il prigioniero venne giustiziato con un colpo di pistola in testa.

In questo scenario da brivido la morte cerebrale ha seguito piuttosto che preceduto il prelievo degli organi vitali. Più tardi, Wu presentò il signor Lin, un cinese da poco immigrato in California, il quale raccontò ai reporter di *Marketplace* per la National Public Radio che poco prima di lasciare la Cina aveva fatto visita a un amico in un centro medico a Shanghai. Nel letto accanto a quello dell'amico c'era un professionista ben introdotto politicamente che diceva di aspettare un trapianto di reni entro la giornata. Il rene, spiegava, sarebbe arrivato subito dopo l'esecuzione di un prigioniero in mattinata. Il prigioniero sarebbe stato intubato e preparato per l'operazione dai dottori presenti per l'esecuzione. Pochi minuti dopo l'uomo sarebbe stato ucciso con un colpo di pistola alla testa e i dottori avrebbero espiantato i reni e li avrebbero trasportati in tutta fretta in ospedale, dove due équipes di trapianti erano pronte e in attesa.

Le affermazioni di Wu erano sostenute dai risultati di un'operazione a New York City, che portò all'arresto di due cittadini cinesi che proponevano di vendere a medici americani cornee, reni, fegati e altri organi umani per i trapianti (*Mail and Guardian*, 27.2.1998; *San Jose Mercury News*, 19.3.1998; *New York Times*, 24.2.1998). Fingendosi un potenziale acquirente, Wu filmò i due uomini in una camera d'albergo di Manhattan mentre offrivano di vendergli "organi di qualità" provenienti da fonte sicura: circa 200 prigionieri giustiziati ogni anno nell'isola di Hainan. Un paio di cornee costava circa 5.000 dollari. Uno degli uomini garantiva l'intero affare producendo documenti che indicavano come lui fosse stato vicedirettore per i processi criminali in quella stessa prigione. Dopo essere stati arrestati dagli agenti dell'FBI, questi uomini vennero accusati di vendita di organi umani, ma il processo è stato rinviato, causa obiezioni sui mezzi usati per incriminare gli imputati (*New York Times*, 2.3.1999). In seguito a questa storia, il Fresenius Medical Care, con sede a Francoforte, ha annunciato di non essere più interessato all'unità di dialisi renale (vicina a una clinica di trapianti) a Guangzhou, sospettando che i pazienti stranieri ricevessero "reni raccolti da criminali cinesi giustiziati" (*New York Times*, 7.3.1998).

5. Dilemmi bioetici

Mentre i componenti della Bellagio Task Force hanno concordato sulla violazione dei diritti umani implicita nell'uso di organi di prigionieri giustiziati, hanno trovato ben più complessa la questione della vendita degli organi. Coloro che si opponevano all'idea della vendita esprimevano preoccupazione circa la giustizia e l'equità sociale. Chi si trova costretto dalle circostanze a vendere un rene avrebbe poi altrettanto facilmente accesso e

diritto a dialisi e trapianti, dovesse ammalarsi l'unico rene rimastogli? Altri notavano gli effetti negativi della vendita di organi sui rapporti famigliari e coniugali, sulle relazioni tra generi e sulla vita sociale. Altri trovavano motivi di preoccupazione per l'involgarimento della sensibilità medica nell'indifferenza dei dottori al mandato etico fondamentale di non recare danno ai corpi a loro affidati, inclusi i pazienti donatori.

Quelli a favore della vendita regolamentata polemizzavano con il paternalismo delle scienze sociali, sostenendo i diritti individuali, l'autonomia del corpo, e il diritto a vendere i propri organi, tessuti, sangue o altri prodotti del corpo – una tesi, questa, che ha guadagnato terreno in alcune cerchie di studiosi (cfr. Daar 1989, 1992a, b, s.d.; Kevorkian 1992; Marshall, Thomas e Daar 1996; Richards et al. 1998). Daar afferma pragmaticamente che la *regolamentazione* piuttosto che la *proibizione* o la condanna morale sia la risposta più appropriata a una pratica che è già ampiamente radicata in molte parti del mondo. Quel che serve – a suo parere – è una sorveglianza rigorosa e l'adozione di una "carta dei diritti del donatore" per informare e proteggere i potenziali venditori di organi.

Alcuni chirurghi-trapiantisti della Task Force si sono domandati come mai i reni venivano trattati diversamente dalle altre parti del corpo che sono vendute ufficialmente, come pelle, cornee, ossa, midollo, valvole cardiache, arterie, e sangue. L'eccezione era data, secondo loro, dalla naturale avversione dei profani all'idea di manomettere organi *interni*. Influenzato dalla posizione di "scelta razionale" di Daar, il rapporto della Bellagio Task Force (Rothman et al. 1997:2741) ha concluso che "la vendita di parti del corpo è già così diffusa che non ci sono motivi evidenti per cui gli organi solidi debbano essere esclusi [dalla commercializzazione]. In molti paesi si vendono sangue, sperma e ovuli... Su quali basi il sangue e le ossa possono essere commerciate nel libero mercato, ma non così i reni da cadavere?"

Gli esperti di scienze sociali e gli attivisti per i diritti umani della Task Force, però, rimangono profondamente critici di fronte alle argomentazioni bioetiche basate sulle nozioni euro-americane di contratto e scelta individuale. Essi ricordano come il contesto economico e sociale in un ghetto urbano di Calcutta o in una favela brasiliana renda la scelta di vendere un rene tutto tranne che libera e autonoma. Il consenso diventa discutibile con il boia di fronte – sia esso metaforico o in carne e ossa, in un vero plotone di esecuzione. Un prezzo di mercato per le parti del corpo – per quanto equo – sfrutta la disperazione dei poveri, trasformando la loro sofferenza in un'opportunità, come rileva intelligentemente Veena Das (s.d.). E l'idea di una regolamentazione è improponibile nelle realtà sociali e mediche di molte parti del mondo, specialmente nelle nazioni del Secondo e Terzo Mondo. Le istituzioni mediche create per monitorare la raccolta e la distribuzione degli organi sono spesso malfunzionanti, cor-

rotte, o compromesse dal potere dei mercati di organi e dall'impunità degli intermediari.

Rispondendo a Daar durante la conferenza di Berkeley sulla questione della regolamentazione della vendita degli organi, Das ha respinto la difesa neoliberista del diritto individuale alla vendita notando come in *tutti* i contratti ci siano clausole di esclusione. Nelle leggi sull'antitrust, la famiglia e il lavoro, ad esempio, qualsiasi cosa che danneggi i rapporti sociali o comunitari è generalmente esclusa. Chiedere alla legge di negoziare un giusto prezzo per un rene vivo, nota Das, va contro tutto ciò che la teoria del contratto rappresenta. Quando concetti come l'azione e l'autonomia individuale vengono invocati a difesa del diritto di vendere un organo di ricambio, gli antropologi possono rispondere che certi oggetti viventi non sono candidati legittimi a diventare beni di consumo. La rimozione di organi non-rinnovabili porta a un danno personale irreparabile, ed è un atto cui gli operatori medici, dati i loro standard etici, non dovrebbero partecipare.

Mentre per molti chirurghi un organo è una cosa, un costoso "oggetto" di salute, un antropologo critico come Das deve domandarsi "cos'è un organo?" Il rene di un chirurgo trapiantista è considerato una sovrabbondanza, una "parte di ricambio", equivalente al rene di un lavoratore tessile indiano, che lo percepisce come l'"ultima risorsa"? Questi due "oggetti" non sono paragonabili, e nessuno dei due corrisponde al rene visto come quel prezioso "dono di vita" ansiosamente

cercato dai disperati pazienti in attesa di trapianto. E mentre i bioetici partono dalla premessa mai seriamente indagata del corpo (e dei suoi organi) come proprietà esclusiva dell'individuo, gli antropologi devono far ricorso a un cauto relativismo culturale. Coloro che vivono in condizioni di insicurezza sociale e abbandono economico alla periferia del nuovo ordine mondiale sono realmente i "proprietari" dei loro corpi? Questa prima nozione apparentemente scontata della bioetica occidentale non sarebbe condivisa dai contadini e dagli abitanti delle baraccopoli di molte parte del Terzo Mondo. I lavoratori eternamente poveri delle piantagioni di zucchero del Brasile nord-orientale, ad esempio, affermano frequentemente e con convinzione: "Non siamo nemmeno padroni dei nostri corpi" (cfr. Scheper-Hughes 1992:cap. 6).

Nondimeno, argomenti a sostegno della commercializzazione degli organi stanno guadagnando terreno negli Stati Uniti e altrove (Anders 1995; Schwindt e Vining 1986). Lloyd R. Cohen (1989, 1993) ha proposto un "mercato di future" in organi da cadavere, che dovrebbe funzionare con contratti "ante mortem" da offrirsi ai comuni investitori. Per gli organi trapiantati con successo al momento della morte, questi contratti fornirebbero una somma sostanziosa – è stata suggerita la cifra di 5.000 dollari per ogni organo – al beneficiario indicato dalla persona deceduta. Mentre ci si può sempre attendere una donazione tra famigliari, potrebbe essere necessario, secondo Cohen, un incentivo economico per fornire organi a sco-

nosciuti. L'Associazione Medica Americana sta vagliando varie proposte che permetterebbero alla gente di lasciare in eredità i propri organi ai propri eredi o a istituzioni benefiche, dietro compenso. In un'intervista telefonica nel 1996, il dott. Charles Plows, presidente del Comitato degli affari etici e legali dell'AMA, ha affermato di condividere in linea di principio la proposta di Cohen. Tutti tranne il donatore – ha detto – traggono beneficio da una transazione di trapianto. L'AMA quindi sta attualmente valutando le opzioni possibili. Una di queste è stabilire un prezzo fisso per organo, un'altra è lasciare che siano le forze del mercato – domanda e offerta – a determinare il prezzo. L'insieme delle varie posizioni porta comunque alla costruzione di bisogni e desideri nuovi, nuovi legami e contratti sociali, e nuovi concetti etici e giuridici intorno agli usi medici e mercantili del corpo.

6. Bisogni artificiali e scarsità inventate

La richiesta di organi umani – e di pazienti facoltosi per acquistarli – è condizionata dal problema medico della scarsità. In maniera simile alle parti in causa nel mercato internazionale delle adozioni (cfr. Scheper-Hughes 1991; Raymond 1989), coloro che cercano organi da trapiantare, siano essi chirurghi o pazienti, sono spesso disposti a non fare domande sui modi di "acquisto della merce". In entrambi i casi il linguaggio di regali, donazioni, salvataggi eroici e vite da salvare nasconde quanto siano utilizzati mezzi eticamente discutibili e perfino illegali per ottenere l'oggetto desiderato. Lo spettro di lunghe liste di attesa per un trapianto – spesso liste soltanto virtuali, con scarso fondamento materiale in realtà – ha motivato medici, amministratori di ospedali, funzionari governativi e vari intermediari a utilizzare tattiche discutibili per procurarsi gli organi. I risultati sono una rampante commercializzazione accanto al dono compensato, dottori che agiscono da intermediari, e una feroce competizione tra ospedali pubblici e privati per ospitare pazienti facoltosi. Nei suoi aspetti peggiori la corsa agli organi e ai tessuti ha portato a gravi violazioni dei diritti umani nelle unità di terapia intensiva e negli obitori. Ma l'idea della scarsità degli organi è quello che Ivan Illich chiamerebbe un bisogno creato artificialmente, inventato dai tecnici del trapianto per una popolazione sempre più malata, vecchia e moribonda.

Molte parole chiave nel trapianto degli organi richiedono una decostruzione radicale. Tra queste "scarsità", "bisogno", "donazione", "regalo", "legame", "vita", "morte", "offerta" e "domanda". La scarsità degli organi per esempio è invocata come un mantra con riferimento alle lunghe liste di attesa dei candidati alle varie operazioni di trapianto (cfr. Randall 1991). Solamente negli Stati Uniti, nonostante un sistema di distribuzione nazionale ben organizzato e una legge che impone agli ospedali di richiedere gli organi ai famigliari,

vi sono circa 50.000 persone attualmente in lista di attesa per un organo (cfr. Hogle 1995). Ma questa scarsità creata dai tecnici della chirurgia dei trapianti rappresenta un bisogno artificiale che non potrà mai essere totalmente soddisfatto perché al di sotto di questo vi è l'inusitata possibilità di estendere la vita indefinitamente con gli organi degli altri. Mi riferisco, senza voler mancare di rispetto verso tutti coloro in attesa di trapianto, alla negazione e al rifiuto della morte da parte degli anziani, che contribuisce a quello che Ivan Illich (1976) identificava come l'arroganza della medicina e della tecnologia medica di fronte alla mortalità.

Nello stesso tempo il cosiddetto dono della vita che viene elargito ai malati terminali di cuore, fegato e polmoni è talvolta qualcosa di diverso dalla comune nozione di vita. Le percentuali di sopravvivenza di molti trapiantati spesso nascondono la vera vita nella morte, le settimane e i mesi di sofferenza che precedono la morte vera e propria[4]. I pazienti di trapianto oggi vengono sempre più informati che non stanno scambiando una sentenza di morte per una nuova vita ma piuttosto stanno scambiando una malattia cronica e mortale con un'altra. "Spiego a tutti i miei futuri trapiantati di cuore – diceva un coordinatore di trapianti sudafricano – che dopo il trapianto vivranno in una condizione simile all'AIDS e con tutta probabilità moriranno di una qualche diplomatica infezione risultante dalla soppressione artificiale del loro sistema immunitario". Mentre quest'affermazione

è certamente esagerata, la maggior parte dei trapiantisti che ho intervistato ne confermavano la sostanziale verità. Il dott. N del Sud Africa raccontava di gravi depressioni post-operatorie tra i suoi numerosi pazienti trapiantati di cuore, alcune conclusesi col suicidio, anche dopo trapianti per altri versi coronati da successo. Per questo e altre ragioni aveva deciso di lasciar perdere i trapianti di cuore a favore di interventi chirurgici meno radicali.

La teoria medica della scarsità ha prodotto quello che Lock (1996, 1997) ha chiamato "pretese rapaci". Awaya (1994) va anche oltre, riferendosi alla chirurgia dei trapianti come a una forma di "neocannibalismo": "Oggi noi guardiamo con avidità il corpo degli altri come a una fonte di parti di ricambio smontabili con cui estendere le nostre vite". Mentre non è disposto a condannare questa "rivoluzione umana" che egli vede come una continuazione, se non la fioritura finale, della nostra storia evolutiva, egli vuole che i donatori e i riceventi di organi riconoscano il tipo di scambio sociale in cui essi sono impegnati. Attraverso la moderna tecnologia dei trapianti la "biosocialità" (cfr. Rabinow 1996) di pochi è resa possibile attraverso il letterale incorporamento di parti del corpo di coloro il cui destino sociale è spesso una morte prematura (Scheper-Hughes 1992; Castel 1991; Biehl 1998, 1999). Il discorso sulla scarsità nasconde una sovrapproduzione di organi in eccesso che quotidianamente finiscono sprecati nei bidoni della spazzatura degli ospedali in parti del

mondo dove la necessaria infrastruttura dei trapianti è limitata. La cattiva volontà e la competizione degli operatori ospedalieri e dei medici finiscono per contribuire allo spreco di organi. Gli specialisti di trapianti che Cohen e io abbiamo incontrato in Sud Africa, India e Brasile spesso ridevano dell'idea di scarsità di organi, data la percentuale straordinariamente alta di mortalità giovanile (morti accidentali, omicidi, incidenti stradali) che producono una sovrabbondanza di cadaveri giovani e sani. Queste merci preziose sono normalmente sprecate, comunque, in assenza di équipes addestrate alla raccolta e all'espianto di organi nei centri di pronto soccorso e nelle unità di terapia intensiva, al rapido trasporto e equipaggiamento di base per preservare i cadaveri "a cuore battente" e i loro organi. E la scarsità degli organi si ripropone nella competizione sempre maggiore tra gli ospedali pubblici e privati e i loro chirurghi-trapiantisti, i quali, nelle parole di un coordinatore di trapianti sudafricano, "ordinano ai loro assistenti di buttare organi perfettamente sani piuttosto di permettere che finiscano in mano alla concorrenza". La vera scarsità non è di organi ma di pazienti di trapianti con mezzi sufficienti per pagarli. In India, Brasile e anche in Sud Africa vi è una sovrabbondanza di gente povera disposta a vendere i reni per due soldi.

E mentre organi e tessuti di "di alta qualità" sono scarsi, vi è un'abbondanza di quello che il dott. S, direttore di una banca degli occhi a San Paolo, definiva come "scarti" riutilizzabili. Il Brasile, sosteneva, è stato a lungo la discarica preferita per le eccedenze dei magazzini del Primo Mondo, compresi organi e tessuti danneggiati, vecchi o di scarsa qualità. In ampie interviste nel 1997 e 1998 si lamentava di un programma statunitense in base al quale venivano regolarmente inviate al suo centro le cornee in sovrappiù. "Ovviamente – affermava – queste non sono le cornee migliori. Gli americani ci mandano solo quello che non intendono utilizzare per se stessi".

A Città del Capo, la signora R, direttrice della più grande banca degli occhi del suo paese (una fondazione indipendente), conserva normalmente nel frigorifero della sua organizzazione una dozzina o più di occhi di cadaveri "post-datati". Queste cornee di bassa qualità non verrebbero mai usate per trapianti in Sudafrica, ma potrebbero essere inviate nei paesi confinanti meno fortunati che ne facessero richiesta. Non molto distante, nel suo ufficio in un centro ospedaliero universitario, il dott. B, un giovane chirurgo esperto di trapianti di cuore, mi ha raccontato di un intermediario di organi in California che promette di recapitare ai suoi clienti "organi freschi" ovunque nel mondo entro 30 giorni dall'ordine, inviato per posta elettronica.

Poiché gli scambi commerciali hanno contribuito anche al trasferimento di opportunità di trapianti in aree del mondo precedentemente escluse, gli specialisti dei trapianti che ho intervistato in Brasile e Sudafrica hanno al riguardo un atteggiamento profondamente ambivalente. Chirurghi

di San Paolo mi hanno riferito di una controversa proposta di qualche anno fa da parte del dott. Thomas Starzl della Medical School dell'università di Pittsburgh di scambiare le competenze trapiantistiche della sua istituzione per una regolare fornitura di fegati brasiliani "in eccedenza". La sollevazione pubblica in Brasile contro questo scambio, fomentata in gran parte dai media brasiliani (cfr. *Isto é senior*, 11 dicembre 1991; *Folha de São Paulo*, 1 dicembre 1991), ha interrotto l'accordo.

Benché nessun fegato brasiliano sia finito a Pittsburgh, molti altri tessuti e organi del Terzo Mondo sono sicuramente arrivati negli Stati Uniti nel corso degli ultimi decenni. Negli archivi di un funzionario di San Paolo ho trovato i risultati di un'indagine di polizia nel locale obitorio, che indicavano che molte migliaia di ghiandole pituitarie erano state prelevate (senza consenso) dai cadaveri di povera gente e vendute a ditte mediche private statunitensi, dove venivano usate nella produzione di ormoni della crescita. Analogamente, negli ultimi anni della dittatura militare, un professore di Anatomia dell'Università Federale di Pernambuco a Recife è stato processato per aver venduto migliaia di parti di orecchio interno da cadaveri di miserabili alla NASA per i suoi programmi di addestramento e ricerca spaziale.

Queste pratiche continuano ancora oggi. L'Abbokinase, un diffusissimo farmaco anti-coagulante, utilizza materiali derivati dai reni prelevati da neonati deceduti in un ospedale di Cali, in Colombia, senza alcuna prova di consenso, informato o meno, da parte dei genitori (Wolfe 1999). In Sudafrica il direttore di un'unità di ricerca sperimentale di una grande scuola pubblica di medicina mi ha mostrato i documenti ufficiali che autorizzavano il trasferimento di valvole cardiache, espiantate (senza consenso) dai corpi dei più poveri e spedite "a prezzo di costo" a centri medici in Germania e Austria. Queste tariffe accessibili, mi è stato spiegato, permettevano di sostenere i costi del programma di ricerca dell'unità nonostante la diminuzione dei fondi per la ricerca medica avanzata in Sudafrica.

Ma molti comuni cittadini in India, Sudafrica e Brasile considerano questi scambi commerciali come una forma di "bio-pirateria" globale del Nord ai danni del Sud (cfr. Shiva 1997). Sempre più spesso si levano richieste di "nazionalizzare" i corpi morti, i tessuti e le parti del corpo, per impedire un loro sfruttamento globale. La semplice idea di fegati brasiliani che vanno a pazienti statunitensi provoca al dott. O, un chirurgo brasiliano, un "attacco di depressione". Una bianca, coordinatrice di trapianti in Sudafrica in un grande ospedale privato, ha criticato la scelta politica di permettere a molti stranieri facoltosi – specialmente "ex-coloni" da Botswana e Namibia – di venire in Sudafrica in cerca di organi e trapianti. "Non posso impedire loro di venire in questo ospedale – spiegava – ma dico loro che gli organi sudafricani appartengono ai cittadini sudafricani, e che piuttosto che un bianco dalla Namibia met-

ta le mani su un cuore o un rene destinato a un bambino sudafricano nero, controllerò personalmente che quell'organo venga buttato in un secchio". La coordinatrice difendeva le sue aspre affermazioni facendo riferimento alle direttive del dott. N.C. Dlamini Zuma, allora ministro della Sanità, volte a dare un trattamento preferenziale alla maggioranza nera del Sudafrica, a lungo esclusa. Questi sentimenti medici nazionalisti non sono condivisi dagli amministratori degli ospedali, per cui spesso sono più importanti altre considerazioni – in particolare la possibilità dei pazienti stranieri di pagare per l'operazione più del doppio di quello che pagano le compagnie private di assicurazioni. In una clinica universitaria pubblica di Città del Capo un flusso costante di stranieri paganti dalle Mauritius ha in gran parte contribuito a tenere in piedi un'unità di trapianti, assediata dai tagli di bilancio e dal dirottamento dei fondi statali verso la prima assistenza.

7. La morte che precede la morte

La morte è naturalmente un'altra parola chiave nei trapianti. La possibilità di estendere la vita attraverso il trapianto è stata facilitata delle definizioni mediche di coma irreversibile (alla fine degli anni Cinquanta) e di morte cerebrale [5] (fine anni Sessanta), quando la morte è diventata un epifenomeno del trapianto. Qui diventa visibile tutto il terribile potere delle scienze della vita e della tec-

nologia medica negli stati moderni. Nell'epoca della chirurgia dei trapianti, la vita e la morte sono sostituite da surrogati, procure, facsimili, e la gente comune ha rinunciato al potere di determinare il momento della morte, che richiede ora competenze tecniche e legali che vanno oltre le sue capacità (cfr. Agamben 1998:165) [6].

Inoltre le nuove biotecnologie hanno messo in dubbio il convenzionale concetto occidentale della proprietà del corpo morto di fronte allo stato. La nozione illuminista del corpo come proprietà esclusiva dell'individuo è ancora valida, alla luce delle molte e contrastanti richieste di tessuti umani e materiale genetico da parte dello stato e degli enti commerciali di ricerca farmaceutica e biotecnologica (cfr. Rabinow 1996; Curran 1991; Neves 1993)? Può ancora resistere di fronte alle pretese degli stati moderni, tra cui Spagna, Belgio e ora anche il Brasile, di completa autorità sui corpi, gli organi e i tessuti dopo la morte? Quale stato si arroga il diritto ai corpi sia di coloro che si presume morti sia di coloro che si presume abbiano dato il loro consenso al prelievo di organi (cfr. Shiva 1997; Berlinger e Garrafa 1996)? Dall'approvazione della nuova legge sulla donazione obbligatoria in Brasile, si odono rabbiosi riferimenti al defunto come al "corpo dello stato": sicuramente la famiglia e la chiesa hanno perso il loro controllo.

Mentre la gran parte dei dottori hanno lavorato tra i loro stessi dubbi sui nuovi criteri della morte cerebrale, molta gente comune vi oppone ancora resistenza. La morte cerebrale non è una

percezione dell'intuito o del buon senso; è ben lungi dall'essere ovvia per le famiglie, il personale addetto all'assistenza, e perfino per alcuni medici specialisti. Il linguaggio della morte cerebrale è pieno di indeterminatezza e contraddizioni. La morte cerebrale *anticipa* la morte somatica? Dovremmo chiamarla, come fa Agamben, "la morte che precede la morte" (1998:163)? Quale è la relazione tra il momento della morte cerebrale dichiarata tecnicamente e il tempo limite per il prelievo degli organi utilizzabili? In un'intervista del 1996, un patologo forense legato al Groote Schuur Hospital di Città del Capo, dove Christian Barnard sperimentò i primi trapianti di cuore, ha ricusato con veemenza il concetto medico di morte cerebrale:

> Vi sono solo due stati organici: vivo e morto. "Morto" è quando il cuore cessa di battere e gli organi si decompongono. "Morte cerebrale" non vuol dire morto. È ancora vivo. I medici lo sanno bene, e dovrebbero confessare la verità alle famiglie e a se stessi. Ad esempio potrebbero rivolgersi alle famiglie dicendo: "Il vostro caro è oltre ogni speranza di recupero. Ci permettete di spegnere le macchine che lo mantengono in uno stato liminale a metà tra la vita e la morte, così da poter prelevare gli organi per salvare la vita di un'altra persona?" Questo sarebbe etico. Questa sarebbe una transazione onesta.

Il dott. Cicero Galli Coimbra del Dipartimento di Neurologia e Neurochirurgia dell'Università Federale di San Paolo, dove dirige anche il Laboratorio di Neurologia sperimentale, ha scritto molti articoli scientifici mettendo in dubbio la validità dei criteri stabiliti nel 1968 dal Comitato per l'esame della definizione di morte cerebrale della Harvard Medical School. In alcune interviste rilasciatemi nel 1998, Coimbra ha ripetutamente proclamato, sulla base del suo stesso lavoro clinico e di ricerca, che la morte cerebrale, così com'è attualmente definita, è applicata anche a pazienti che potrebbero essere salvati. Egli afferma inoltre che il "test dell'apnea", ampiamente usato per determinare l'avvenuta morte cerebrale, in realtà *provoca* danni cerebrali irreversibili. Tutti i cosiddetti test di conferma "non fanno che confermare gli effetti dannosi dell'arresto circolatorio intracranico indotto dai medici". Coimbra, che ha rifiutato l'anonimato, è uno dei principali avversari della nuova legge brasiliana sulla donazione obbligatoria, che egli vede come un assalto alla popolazione clinica dei traumatizzati cerebrali.

Il corpo può essere definito clinicamente morto per uno scopo – il recupero degli organi – mentre è ancora percepito vivo per altri aspetti, tra cui i legami famigliari, gli affetti, le credenze religiose o il concetto di dignità individuale[7]. Anche quando la morte somatica è evidente per i famigliari e i congiunti, il passaggio percettivo dal corpo morto – "il caro defunto", "il congiunto appena spirato", "il fratello purtroppo venuto a mancare" – al cadavere anonimo e spersonalizzato (oggetto riutilizzabile e riserva di parti di ricambio) può richiedere un tempo più lungo del pressante "tempo tecnico" disponibile per prelevare gli organi

utili al trapianto. Ma mentre il tempo utile per l'espianto può essere esteso grazie a nuovi metodi di conservazione, la confusione e il dubbio dei famigliari può aumentare.

Il "dono della vita" richiede un dono parallelo, il "dono della morte", la rinuncia alla vita prima del tempo normalmente riconosciuto. Nel linguaggio antropologico, la morte cerebrale è una morte sociale, non biologica, e ogni "dono" richiede una ricompensa (Mauss 1966). Secondo Coimbra e alcuni suoi colleghi, la morte cerebrale ha creato una popolazione di morti viventi. Deve ancora essere assimilata come parte della mentalità comune anche in molte società industrializzate, come il Giappone, il Brasile e gli Stati Uniti (cfr. Kolata 1995), e lo è ancora meno in paesi dove le operazioni di trapianto sono ancora rare. E tuttavia il disagio diffuso in Brasile dopo l'approvazione della nuova legge sul "consenso presunto" nel 1997 è un'eccezione rispetto alla generale apatia dell'opinione pubblica di fronte alla presa di controllo da parte dello stato sul corpo morto. I chirurghi spesso spiegano la resistenza popolare in termini di sfasamento culturale che impedisce alle persone comuni di accettare i cambiamenti introdotti dalle nuove tecnologie mediche.

Mentre lo stato postmoderno ha certamente accresciuto il suo controllo sulla morte (cfr. Agamben 1998:119-25) attraverso le recenti scoperte della biotecnologia, della genetica e della biomedicina, vi sono molti antecedenti da tenere in considerazione. I Comaroff (1992), ad esempio,

hanno dimostrato quanto i regimi coloniali britannici in Africa si affidassero alle pratiche mediche per disciplinare e civilizzare i popoli colonizzati di recente. Le colonie africane divennero laboratori per esperimenti di medicina e salute pubblica. E gli esperimenti medici sotto il Nazional-Socialismo hanno prodotto, attraverso l'eugenetica applicata e le condanne a morte, campi di concentramento pieni di cadaveri ambulanti e morti viventi (Agamben 1998:136) delle cui vite si poteva disporre senza spiegazione o giustificazione. Agamben arriva a paragonare questi corpi in schiavitù ai "morti viventi" candidati alla donazione degli organi tenuti in ostaggio dalle macchine nelle odierne unità di terapia intensiva.

L'idea della scarsità degli organi ha pure degli antecedenti storici nella perenne difficoltà di reperire corpi umani e parti di corpi per autopsie, studi ed esperimenti medici (cfr. Foucault 1975; Richardson 1989, 1996). In qualsiasi società il definire qualcuno o qualcosa "spazzatura" finisce per influire spesso sulle vite dei più poveri in paesi con una facile sovrabbondanza di corpi non identificati e non reclamati da nessuno, come in Brasile (cfr. Scheper-Hughes 1992, 1996a, 1996b; Biehl 1998), Sudafrica (Lerer e Matzopoulos 1996) e India. In Europa, tra il XVI e il XVIII secolo, i cadaveri dei prigionieri mandati al patibolo venivano offerti a barbieri e chirurghi che potevano disporne come preferivano. I "corpi criminali" erano richiesti allora come adesso per ragioni mediche e "scientifiche". In Brasile e in Francia (La-

queur 1983) agli albori dell'età moderna i poveri non godevano di alcuna autonomia al momento della morte e i loro corpi potevano essere confiscati dai ricoveri e dagli ospizi e venduti a ospedali e studenti di medicina. Poiché il corpo era considerato parte delle proprietà del defunto e poteva essere usato per chiedere la coprertura dei debiti lasciati scoperti, i corpi dei poveri spesso non venivano rivendicati dai parenti, e venivano lasciati alla ricerca e all'educazione medica. Le pretese mediche sui corpi "in surplus" hanno davvero una lunga storia. Ancora oggi molte popolazioni rurali nel Brasile nord-orientale temono la medicina e lo stato, immaginando che possa esser fatto loro praticamente di tutto, sia prima che dopo morti. Queste paure – un tempo tipiche dei poveri delle campagne e delle baraccopoli – si sono diffuse ormai alla classe lavoratrice brasiliana, che si è unita nell'opposizione alla legge sulla donazione universale, nel timore che questa venga usata contro di loro per servire i bisogni dei cittadini più ricchi. Queste paure, purtroppo, non sono del tutto infondate.

8. Organi rubati: leggende e realtà

Le popolazioni povere e svantaggiate non sono rimaste in silenzio di fronte alle minacce e agli assalti all'integrità, la sicurezza e la dignità del loro corpo. Per coloro che vivono nelle baraccopoli delle città o nelle favelas dell'entroterra e che non

possiedono pressoché alcun capitale simbolico, la circolazione di voci di furti di corpi e di organi rapinati ha dato l'occasione per esprimere le proprie paure. Queste voci mettevano in guardia sull'esistenza e la pericolosa vicinanza di un mercato di corpi e parti di corpi (Pinero 1992). Come ha notato Das (1998:185), esiste un'ampia letteratura nella sociologia radicale sul ruolo delle dicerie nella mobilitazione delle masse. Alcuni studiosi appartenenti a questa tradizione hanno visto nelle dicerie una speciale forma di comunicazione tra i socialmente spossessati. Guha (1983:256, 201, citato da Das 1998:186) ha identificato alcune caratteristiche della diceria, e tra queste "la sua capacità di costruire solidarietà e la necessità irresistibile che provoca negli ascoltatori di raccontarla agli altri [...] il potere performativo della circolazione [della diceria] porta al suo continuo diffondersi, in un impulso quasi incontrollabile di passarla a un'altra persona".

L'ultima epidemia di voci sui furti d'organi sembra essere iniziata in Brasile o in Guatemala negli anni Ottanta e si è diffusa come un incendio ad altri contesti politici simili (cfr. Scheper-Hughes 1996a). Le varianti sudafricane sono così diverse, tuttavia, da dover essere considerate creazioni indipendenti.

Quando le ho sentite per la prima volta, queste voci giravano nelle baraccopoli del Brasile nord-orientale. Si parlava di bambini rapiti e furti di corpi da parte di "agenti medici" degli Stati Uniti e del Giappone, che si diceva venissero a cercare

rifornimenti freschi di organi umani per i trapianti nel Primo Mondo. Gli abitanti delle baraccopoli riferivano di molteplici avvistamenti di grandi furgoni blu e gialli che perlustravano le vicinanze in cerca di ragazzini smarriti. I bambini venivano acchiappati e gettati nel furgone, e i loro corpi ormai inutili e sviscerati – senza più cuore, polmoni, fegato, reni e occhi – venivano poi ritrovati lungo la strada, in mezzo alle canne da zucchero o nelle discariche degli ospedali. All'inizio interpretai questa diceria come l'espressione di un stato di emergenza cronica (cfr. Taussig 1992, che cita Benjamin) in cui si trovava la gente disperatamente povera che viveva ai margini dell'emergente economia globale. Notai che coincideva con una guerra nascosta contro i bambini di strada, per lo più neri e semi-abbandonati, nelle città del Brasile (cfr. Scheper-Hughes e Hoffman 1998) e con un fiorente mercato di adozioni internazionali (cfr. Scheper-Hughes 1991). La diceria confondeva il mercato di "bambini d'avanzo" per le adozioni internazionali con il mercato di "organi di ricambio" per la chirurgia dei trapianti. Genitori poveri e semianalfabeti, truffati o convinti con minacce a cedere i loro bimbi per l'adozione nazionale o internazionale, immaginavano che i loro figli fossero ricercati per foraggiare il traffico dei trapianti. Questa diceria condensò i mercati clandestini di organi e bambini in un'unica orribile storia.

È compito degli antropologi indagare in questi territori oscuri per sceverare le dicerie dalle realtà della vita quotidiana, che spesso sono già orribili

abbastanza. Nell'analisi che segue non intendo suggerire che tutte le voci e le leggende metropolitane sul furto di organi e corpi possono essere ricondotte a specifici fatti storici. Queste dicerie sono parte di una classe universale della cultura popolare che risale quantomeno all'Europa medievale (cfr. Dundes 1991), e sono funzionali a molteplici fini. Ma l'attuale ondata di voci di organi rubati sembra costituire ciò che James Scott (1985) ha definito una classica "arma dei deboli". Le dicerie hanno dimostrato di poter sfidare e interrompere i progetti della medicina e dello stato; hanno, ad esempio, contribuito al clima di resistenza civile contro la donazione obbligatoria degli organi in Brasile e fatto precipitare le donazioni volontarie di organi in Argentina (Cantarovich 1990). Le voci sui furti d'organi, combinate alle rivelazioni dei media sul rampante commercio nella raccolta degli organi, hanno contribuito a una crescente opposizione all'etica del trapianto e alla demoralizzazione degli stessi chirurghi trapiantisti.

Il dott. B, un cardiochirurgo di Città del Capo, ha affermato in un'intervista del febbraio 1998 di essere scoraggiato per il declino della sua professione nel prestigio e nella considerazione popolare:

> Il trapianto di organi non è più come nel 1967, quando l'atteggiamento dell'opinione pubblica era molto differente. [...] La gente allora parlava della donazione di organi come di un dono fantastico. La nostra prima donatrice di organi, Denise Ann Darvall, e la sua fami-

glia erano onorati e venerati per quello che avevano fatto. Oggi la donazione degli organi ha perso lustro. Le voci sui furti d'organi sono solo una piccola parte del problema. Le famiglie dei potenziali donatori in tutto il mondo sono state messe troppo sotto pressione. E ci sono stati alcuni sfortunati incidenti. E così abbiamo iniziato a soffrire di una serie di spinte contrarie. In Europa si è creata una nuova resistenza verso la richiesta statale della donazione; all'improvviso nuove obiezioni vengono sollevate; la chiesa luterana in Germania sta rimettendo in questione l'idea di morte cerebrale, accettata lì ormai da lungo tempo. E così stiamo assistendo a un calo di circa il 20 per cento nelle donazioni di organi in Europa, e in particolare in Germania. E quanto accade in Europa si ripercuote in Sudafrica.

9. Bio-pirateria: Stato e sotto-cittadini

È importante notare il momento e la distribuzione geopolitica di queste voci sui furti d'organi. Mentre voci di furto di sangue (cfr. Dundes 1991) e rapimento di corpi sono riapparse in vari periodi storici, l'attuale generazione di dicerie è nata e si è diffusa negli anni Ottanta nell'ambito di specifici contesti politici, seguendo la storia recente di regimi militari, stati di polizia, guerre civili e "guerre sporche", in cui rapimenti, scomparse, mutilazioni e morti in prigione e in strane circostanze erano all'ordine del giorno. Sotto i regimi militari degli anni Settanta e Ottanta in Brasile, Argentina e Cile, lo stato ha lanciato una serie di violenti attacchi contro certe classi di "sub-cittadini" – sovversivi, intellettuali ebrei, giornalisti, studenti universitari, leader sindacali, scrittori e altri che si pongono criticamente di fronte alla società – i cui corpi, oltre ad essere sottoposti alle usuali torture, venivano utilizzati per le loro capacità riproduttive e talvolta anche per i loro organi, per soddisfare i bisogni dei "super-cittadini", specialmente delle famiglie dell'élite militare.

Durante la "sporca guerra" argentina (dal 1976 al 1982) neonati e bambini piccoli dei dissidenti imprigionati venivano rapiti e dati come ricompensa alle coppie sterili di militari leali (cfr. Suarez-Orozco 1987). Altri bambini venivano prelevati da ufficiali della sicurezza, brutalizzati durante la detenzione, e restituiti poi politicamente "trasformati" ai loro parenti. Bambini di sospetti sovversivi venivano torturati di fronte ai loro genitori e talvolta finivano per morire in prigione. Queste forme di "rapimento di corpi" a livello statale erano giustificate con la necessità di salvare dal comunismo i bambini innocenti dell'Argentina. Più tardi, le rivelazioni di un mercato illegale di sangue, cornee e organi prelevati in Argentina da malati mentali e prigionieri politici giustiziati apparvero sul *British Medical Journal* (Chaudhary 1992, 1994). Tra il 1976 e il 1991 qualcosa come 1.321 pazienti sono morti in circostanze misteriose, e altri 1.400 sono scomparsi dall'asilo psichiatrico statale di Montes de Oca, dove vennero spediti molti dissidenti politici "mentalmente disturbati". Anni dopo, quando alcuni dei corpi furono riesumati, si scoprì che i loro occhi e altre parti del corpo erano state rimosse.

Nonostante queste grottesche realtà politiche, Felix Cantarovich (1990:147), riportando l'opinione del Ministero della sanità di Buenos Aires, si lamentava in un numero speciale di *Transplantation Proceedings*:

> Tra il 1984 e il 1987 circolavano in Argentina voci insistenti di rapimenti di bambini. Queste voci erano estremamente seccanti a causa della loro insistenza, e sostenute dalle esagerazioni della stampa, che è sempre stata un mezzo potente per attirare l'attenzione della gente sulla faccenda. Nel novembre del 1987 la Segreteria del ministero ha riunito i principali rappresentanti di giustizia, polizia, associazioni mediche e anche membri del Parlamento, con l'intento di scoprire la verità. Il risultato è stato che le dicerie e i commenti della stampa erano completamente falsi.

Analogamente, in Brasile negli anni del regime militare venivano rapiti adulti e bambini, e ora sembra che anche a loro venissero asportati organi. Le operazioni di trapianto e la vendita di organi hanno raggiunto il culmine a San Paolo nei tardi anni Settanta sotto la presidenza del generale Figueiredo. Secondo le mie fonti bene informate, nell'ultimo periodo della dittatura militare lo stato appoggiava un traffico clandestino di organi, tessuti e corpi presi dalle classi socialmente e politicamente inferiori. Un medico anziano, legato a un grande ospedale universitario in Brasile, ha affermato che il commercio di organi nella seconda metà degli anni Settanta era florido e "pressoché legale". Ai chirurghi come lui, ha accusato, veniva ordinato di produrre quote di organi "di qualità", ed erano protetti da qualsiasi azione legale grazie alla copertura della polizia: "I gruppi di trapianti negli ospedali [X e Y] erano veri banditi a caccia di denaro. Erano completamente posseduti dalla febbre d'organi. L'équipe dell'ospedale [Y] trasportava organi appena prelevati da una regione all'altra, viaggiando in ambulanza sulla superstrada Dutra. L'ambulanza era accompagnata da una scorta della polizia militare per far arrivare gli organi velocemente e in tutta sicurezza."

A volte, continuava il dott. F, gli organi venivano acquisiti con mezzi criminali. Ha raccontato di scenari surreali in cui i medici e le loro équipes raggiungevano le quote richieste "provocando" sintomi di morte cerebrale in pazienti gravemente malati. I donatori erano sempre gli stessi – gente delle classi povere, con famiglie incapaci di difenderli. I medici iniettavano dosi di forti barbiturici e chiamavano poi altri medici all'oscuro di tutto, per controllare, in base ai protocolli stabiliti, che fossero soddisfatti i criteri per dichiarare la morte cerebrale e che gli organi potessero quindi essere prelevati. A causa di questa storia di abusi, il dott. F si oppone fermamente alla legge brasiliana del consenso presunto, definendola una legge contro i poveri. "Non sono gli organi dei supercittadini che spariranno, ma quelli della gente senza risorse".

Accuse simili di abusi e di furti di organi, a carico di medici di ospedali e obitori sudafricani negli ultimi anni dell'apartheid, sono affiorate nelle udienze della Commissione per la Verità e la Ri-

conciliazione del Sudafrica. In questi resoconti possiamo cominciare a scorgere una base concreta e reale nell'epidemia di dicerie di furti di organi. Queste sono apparse quando i militari di ogni paese credevano di poter fare quel che volevano con i corpi, gli organi e la progenie dei loro subcittadini, gente percepita come "spazzatura" politica e sociale.

In Argentina, Brasile e Guatemala queste dicerie sono venute a galla durante o subito dopo l'inizio del processo di democratizzazione, e alla vigilia dei rapporti sui diritti umani come *Nunca Más* in Argentina e *Brazil Nunca Más*. Sono apparse quando la gente comune si è resa conto della gravità delle atrocità praticate dallo stato e dai suoi ufficiali medici e militari. Poiché i poveri delle baraccopoli raramente vengono chiamati a parlare di fronte alle commissioni d'inchiesta, le voci di furti d'organi possono essere viste come una forma surrogata di testimonianza politica. Le dicerie partecipavano allo spirito dell'attivismo per i diritti umani, testimoniando la sofferenza umana ai margini della "storia ufficiale".

Le voci di furti di organi e corpi negli anni Ottanta e Novanta erano quantomeno metaforicamente vere, e operavano delle sostituzioni simboliche. Esse parlavano all'insicurezza ontologica della povera gente a cui poteva esser fatto quasi di tutto, e riflettevano le minacce quotidiane alla sicurezza individuale, la violenza urbana, il terrore di polizia, l'anarchia sociale, il furto, la perdita e la frammentazione. Recentemente, nuove varianti

di queste dicerie, nate nelle periferie povere dell'ordine economico globale, si sono spostate nel Nord industrializzato, dove circolano tra gente benestante in catene di e-mail, nonostante gli sforzi di una campagna organizzata di disinformazione del governo statunitense per metterle a tacere (cfr. USIA 1994). Molta gente nel mondo è oggi davvero inquieta di fronte al mostro partorito dalla tecnologia medica in nome dei trapianti (cfr. White 1996). Ma nel nostro mondo laico e "razionale" le voci sono una cosa, e i rapporti scientifici nei giornali specializzati sono una cosa ben diversa. Negli ultimi anni Ottanta le due versioni della storia iniziarono a convergere quando dozzine di articoli pubblicati da *The Lancet*, *Transplantation Proceedings* e *Journal of Health, Politics, Policy and Law* elencavano prove di un commercio illegale e di un mercato nero di organi umani. Talvolta le dicerie e le leggende metropolitane si solidificano davvero in fatti etnografici.

Nel 1996, infine, ho deciso di indagare queste strane dicerie tornando alla loro fonte più ovvia ma meno studiata: le pratiche ordinarie di acquisizione di organi per i trapianti. Ma appena ho abbandonato le analisi più simboliche per trovare spiegazioni pratiche e concrete, la mia ricerca è stata screditata da sociologi e medici, che sostenevano che io fossi caduta nella rete di supposizioni dei miei informatori ignoranti. Si investe molto nel mantenere una realtà clinica e sociale, negando ogni base concreta per le paure della povera gente di fronte alla tecnologia medica. La posizio-

ne della comunità dei trapianti sull'assurdità delle voci sui furti d'organi crea un vero muro di gomma di fronte al dovere di rispondere seriamente alle accuse di abusi nell'acquisizione degli organi.

Ad esempio un sito web sui trapianti (TransWeb) elenca i "Dieci miti sulla donazione e i trapianti", confutandoli perentoriamente. Il mito dei "ricchi e famosi che passano in cima alle liste d'attesa mentre la gente normale deve aspettare a lungo per un trapianto" è confutata con la seguente generica affermazione: "Il sistema di allocazione degli organi è cieco allo status economico o sociale". Ma le nostre ricerche preliminari dimostrano che questo, come altri miti sui trapianti, ha una qualche base nelle pratiche contemporanee. Il direttore di un centro di trapianti nel Brasile meridionale spiegava esattamente come i clienti facoltosi (anche stranieri) e quelli con agganci politici e sociali riuscivano a bypassare le liste d'attesa ufficiali e come invece pazienti senza risorse venivano spesso, e a loro insaputa, "depennati" da queste liste.

Perfino la più assurda delle dicerie sui furti d'organi, che gli autori di TransWeb affermano non essere mai stata documentata in nessun modo – "Ho sentito di un tipo che si è svegliato una mattina in una vasca da bagno piena di ghiaccio: i suoi reni erano stati rubati per essere venduti al mercato nero" – trova qualche fondamento in indagini e processi penali, alcuni ancora pendenti o irrisolti. In Brasile, ad esempio, non è mai stato risolto il caso del furto di occhi di Olivio Oliveira,

un 56enne malato di mente di una piccola città vicino a Porto Alegre. La storia è uscita sui giornali locali nel novembre 1995 per diventare presto un caso internazionale. Il fatto fu indagato da medici, chirurghi, amministratori d'ospedale, polizia e giornalisti. Mentre alcuni esperti dichiararono che gli occhi dell'uomo erano stati strappati via dagli *urubus* (avvoltoi) o mangiati dai topi, altri notarono che erano stati asportati con cura, forse chirurgicamente. Più recentemente, Laudiceia Cristina da Silva, una giovane receptionist di San Paolo, ha fatto un esposto agli organi locali chiedendo un'indagine della polizia nell'ospedale pubblico dove nel giugno 1997 le venne asportato un rene – senza consenso e senza informarla – durante una semplice operazione di rimozione di cisti ovarica. La mancanza del rene fu scoperta poco dopo l'operazione dal suo medico di famiglia in un esame di routine. Interrogato al riguardo, il chirurgo dell'ospedale spiegò che il rene mancante era rimasto incastrato nella grande cisti ovarica, un'ipotesi altamente improbabile. L'ospedale rifiutò di produrre le cartelle mediche e dichiarò che l'ovaia e il rene erano stati "gettati". I rappresentanti del Consiglio Medico di San Paolo, che indaga sulle accuse di pratiche abusive, hanno rifiutato di rilasciarci un'intervista; il direttore ci ha detto in un colloquio telefonico che non c'era ragione di non credere alla versione della storia data dall'ospedale. Ludiceia insiste che porterà avanti il suo caso in tribunale finché l'ospedale non sarà costretto a render conto di quanto è successo, che

si tratti di un grave errore medico o di un furto di organi.

10. Sudafrica: corpi dell'apartheid

A pochi passi dal Groote Schuur Hospital, gli abitanti dei quartieri neri esprimono atteggiamenti negativi, timorosi e sospettosi verso il trapianto di organi. Tra la gente più anziana e tra i nuovi arrivati dalle zone rurali l'idea stessa di prelievo degli organi presenta una strana somiglianza con le pratiche della stregoneria tradizionale, in particolare con gli omicidi *muti* (magici), in cui parti del corpo – teschio, cuore, occhi e organi genitali – vengono rimossi e utilizzati o venduti da stregoni corrotti per aumentare la ricchezza, il potere, la salute o la fertilità dei clienti paganti. Un'anziana donna Xhosa, da poco migrata dalle campagne alla periferia di Città del Capo, quando io e il mio assistente le parlavamo di trapianti, commentava incredula: "Se quello che dite è vero, che i dottori bianchi possono prendere il cuore da una persona morta, ma non morta veramente, e metterlo dentro un'altra persona per dargli forza e vita, allora questi dottori sono stregoni proprio come i nostri".

Durante l'apartheid e nel nuovo Sudafrica, democratico e neoliberale, la pratica dei trapianti rivela la netta spaccatura sociale ed economica che separa donatori e riceventi in due fazioni opposte e antagoniste. Paradossalmente, dopo la transizio-

ne democratica, stregoneria e caccia alle streghe (cfr. Niehaus 1993, 1997; Ashforth 1996) sono riapparse in alcune parti del Sudafrica. Queste apparenti vestigia del passato testimoniano invece la "modernità della stregoneria" (Peschiere 1997; Taussig 1997) e i desideri ipermoderni e le aspettative magiche dei sudafricani poveri per una migliore qualità di vita dopo la fine dell'apartheid e l'elezione di Nelson Mandela. Il desiderio finora frustrato di un pezzo di terra, un impiego, una casa e un adeguato benessere materiale hanno favorito la rinascita della magia.

Nel 1995 una folla inferocita di abitanti del quartiere Nyanga di Città del Capo ha distrutto la baracca di un sospetto omicida *muti*, dopo che la polizia, grazie alla soffiata di un informatore, aveva trovato nella casa del sospettato i resti del corpo squartato di un bambino di cinque anni, scomparso, bruciati nel camino o conservati in scatole e barattoli. L'8 giugno 1995 Moses Mokgethi è stato condannato all'ergastolo dalla Corte Suprema di Rand, Guateng, per l'omicidio di sei bambini tra i quattro e i nove anni, i cui corpi sono stati mutilati di cuore, fegato e pene, che Mokgethi dice di aver venduto per 2-3.000 rand a un professionista del luogo per migliorare i suoi affari (cfr. Ashforth 1996:1228). Questi casi, ampiamente pubblicizzati, sono spesso seguiti da isterici racconti di macchine di lusso che scorrazzano negli accampamenti abusivi a caccia di bambini da rapire per le loro teste e le loro soffici scatole craniche, o da voci di organi rubati o acquistati dagli

"stregoni" da medici e poliziotti corrotti per usarli nei riti di crescita magica. Queste voci si fondono con la paura dell'autopsia e del prelievo degli organi per i trapianti.

I cittadini più giovani e sofisticati manifestano un atteggiamento critico di fronte ai trapianti, visti come un'eredità della medicina dell'apartheid. "Com'è – mi hanno chiesto – che nella nostra città non abbiamo mai conosciuto o sentito di qualcuno che abbia ricevuto un cuore nuovo, o gli occhi, o un rene? Eppure conosciamo molte persone che dicono che i corpi dei loro morti sono stati manomessi negli obitori della polizia". Gli abitanti delle città notano subito la disuguaglianza degli scambi, in cui organi e tessuti vengono prelevati dai corpi di giovani neri e produttivi – vittime dell'eccesso di mortalità causata delle politiche dell'apartheid di alloggi scadenti, scarsa illuminazione stradale, mancanza di igiene, mezzi di trasporto pericolosi, e l'aperta violenza politica del regime di apartheid e la lotta nera per la libertà – e trapiantati in corpi di bianchi vecchi, debilitati e ricchi. Ai loro occhi il trapianto degli organi riproduce il corpo noto dell'apartheid. Anche nel nuovo Sudafrica, le operazioni di trapianto e altre procedure mediche ad alta tecnologia sono ancora ampiamente prerogativa dei bianchi.

Negli anni dell'apartheid i chirurghi trapiantisti non erano obbligati a chiedere il consenso dei famigliari prima di prelevare organi (e tessuti) dai cadaveri. "Fino al 1984 le condizioni per i trapianti erano più facili", ci ha spiegato il dott. B,

un cardiochirurgo del Groote Schuur Hospital. "Non ci preoccupavamo troppo all'epoca. Semplicemente prendevamo i cuori che ci servivano. Ma non è mai stata una questione razziale. Christian Barnard era categorico al riguardo: era una di quelle persone che ignoravano il governo. Anche quando i nostri ospedali erano ancora segregati per legge, non c'era nessun apartheid nelle operazioni di trapianto". Quello che intendeva però era che non c'era alcuna esitazione nel trapiantare i cuori di "donatori" neri o meticci – senza consenso e senza avvisare le famiglie – nei corpi malati dei loro pazienti, prevalentemente maschi di razza bianca.

Fino all'inizio degli anni Novanta circa l'85 per cento di tutti i trapiantati di cuore del Groote Schuur Hospital erano maschi bianchi. I medici trapiantisti rifiutavano di rivelare la "razza" dei donatori dei cuori a trapiantati preoccupati e talvolta razzisti, dicendo che "i cuori non hanno razza". "Noi abbiamo sempre usato qualsiasi cuore riuscivamo ad ottenere", concludeva il dottore, che il paziente temesse o meno di ricevere un "organo inferiore". Quando gli è stato chiesto come mai c'erano così pochi trapiantati di cuore neri e meticci, il dott. B ha citato in risposta vaghi risultati di ricerche scientifiche indicanti che "i sudafricani neri delle aree rurali non soffrivano il flagello, legato allo stress e alla moderna vita cittadina, delle cardiopatologie ischemiche, che colpiscono soprattutto i bianchi maschi e benestanti delle zone urbane". Ma questo mito medico mal

si conciliava con la realtà delle migrazioni forzate di sudafricani neri verso le miniere o le altre industrie delle periferie, e la storia dei traslochi forzati in accampamenti urbani, ostelli per lavoratori, e altre istituzioni cittadine profondamente stressanti. E nel 1994, l'anno delle prime elezioni democratiche, per la prima volta una percentuale significativa (36 per cento) dei trapianti di cuore al Groote Schuur Hospital riguardava pazienti neri, indiani o meticci. Con l'approvazione della legge sui tessuti umani nel 1983, che richiedeva il consenso dell'individuo o della famiglia, l'acquisizione degli organi è diventata più complicata. I neri sudafricani sono riluttanti a donare organi, sangue e tessuti (cfr. Palmer 1984; Pike, Odell e Kahan 1993) e poche donazioni volontarie vengono dalla comunità musulmana di Cape Malay, a causa dei veti religiosi.

Nel 1996 e poi ancora nel 1998 ho iniziato a indagare sulle accuse di furto di parti di corpi nelle camere mortuarie della polizia di Città del Capo. Negli anni della lotta contro l'apartheid molti medici, chirurghi e patologi che lavoravano con la polizia negli obitori hanno contribuito a coprire le azioni di polizia che avevano portato alla morte e alla mutilazione di centinaia di "sospetti terroristi" e prigionieri politici. Nel frattempo molti casi giunti all'attenzioni dei giornalisti alimentavano voci di mutilazioni criminali. Il 23 luglio 1995, il quotidiano in lingua afrikaans *Rapport* (23 luglio 1995) pubblicava la storia di un detective privato che aveva testimoniato alla Corte Regionale di

Johannesburg che un poliziotto gli aveva mostrato il corpo mutilato di Ñhris Hani in un obitorio di Johannesburg, il giorno dopo l'assassinio dell'attivista politico nero nel 1993. Il presunto cuore di Hani fu venduto per 2.000 rand da un operatore dell'obitorio a dei reporter che si erano finti acquirenti. Il cuore fu poi passato alla polizia, e il sergente Andre Schutte fu accusato di aver profanato e mutilato il corpo del leader assassinato. A causa di storie come questa gli obitori rimangono il luogo degli orrori per gli abitanti delle città.

Nel corso delle mie indagini ho appreso che cornee, valvole cardiache e altri tessuti umani venivano prelevati dai patologi statali e da altri operatori degli obitori e distribuiti alle unità mediche e chirurgiche, di solito senza richiesta di consenso alle famiglie. I corpi dei "donatori", per lo più neri e meticci, o vittime di violenze o altri traumi, erano manipolati dai patologi degli obitori ancora controllati dalla polizia (cfr. anche NIM 1996). Alcuni patologi, se contestati, sostenevano che queste pratiche erano legali, ma altri le consideravano contrarie all'etica.

Un patologo statale legato a un prestigioso ospedale universitario ha espresso il suo disagio di fronte alla pratica informale del "consenso presunto". Una scappatoia nella legge sugli organi e i tessuti del 1983 permette a funzionari "appropriati" di rimuovere gli organi e i tessuti necessari senza consenso quando fallisce ogni "ragionevole tentativo" di trovare i famigliari del donatore. Poiché gli occhi e le valvole cardiache devono essere pre-

levati entro qualche ora dalla morte e data la difficoltà di contattare le famiglie che vivono in quartieri e città distanti o in comunità informali (accampamenti abusivi) senza adeguati sistemi di trasporto e comunicazione, medici e coroner usano a volte la loro autorità per prelevare organi senza preoccuparsi troppo dei sentimenti dei parenti. Essi giustificano le loro azioni con il desiderio altruistico di salvare vite. Questi fornitori di organi ricevono in cambio, quantomeno, la gratitudine, l'amicizia professionale e il rispetto di prestigiose équipes di trapianti, che devono loro, a loro volta, certi favori professionali. Dal momento che le cornee e le valvole cardiache così raccolte vengono a volte vendute ad altre istituzioni sanitarie – nazionali, e nel caso delle valvole cardiache, internazionali – che le richiedono, non va esclusa la possibilità di mance e compensi segreti pagati allo staff degli obitori che collaborano. Piccole mance venivano elargite, ad esempio, da una locale banca degli occhi indipendente ai coordinatori di trapianti per il favore di portare all'aeroporto gli occhi che dovevano essere spediti per via aerea.

Attualmente, la Commissione per la Verità e la Riconciliazione del Sud Africa (TRC – Truth and Reconciliation Commission) sta valutando le accuse di gravi violazioni dei diritti umani all'obitorio di Salt River, accuse sollevate dai sopravvissuti e dai genitori del diciassettenne Andrew Sitshetshe della cittadina di Guguletu, che non sono riusciti a ottenere risposta dal comitato etico e dagli amministratori del Groote Schuur Hospital. Il caso è stato accolto dalla TRC nelle sue udienze del settore sanità nel giugno del 1997 (cfr. Health and Human Rights Project: Professional Accountability in South Africa, Submission to the TRC for Consideration at the Hearings on the Health Sector, 17 e 18 giugno 1997, Cape Town). Andrew Sitshetshe era stato colpito in una guerra tra bande di quartiere nell'agosto del 1992. Ferito gravemente, era stato portato alla stazione di polizia di Guguletu, dove sua madre, Rosemary, lo ha trovato disteso sul pavimento con una ferita sanguinante al petto. Il ragazzo era morto prima che arrivasse l'ambulanza, e la polizia lo aveva portato all'obitorio di Salt River. Alla signora Sitshetshe fu consigliato di andare a casa e di tornare il mattino dopo a riprendere il corpo del figlio per il funerale. Quando i genitori di Andrew si presentarono la mattina all'obitorio, furono mandati via con la scusa che il corpo non era ancora pronto. Quando, più tardi, fu finalmente permesso loro di vedere la salma, rimasero scioccati.

Come testimoniò la signora Sitshetshe, "la coperta che copriva il corpo era piena di sangue, e lui aveva due buchi profondi ai lati della fronte, tanto che si poteva vedere l'osso. La sua faccia era in pessime condizioni. E ho notato che c'era qualcosa di strano negli occhi... Ho cominciato a chiedere informazioni ai responsabili e loro hanno detto che non era successo nulla". In realtà, gli occhi di Andrew erano stati rimossi all'obitorio, e quando la famiglia Sitshetshe tornò a parlare con lo staff, venne trattata in malo modo. Alcuni gior-

ni dopo la signora Sitshetshe, incapace di darsi pace, andò alla banca degli occhi per parlare col direttore e riavere quel che rimaneva degli occhi di suo figlio. Il direttore la informò che le cornee di suo figlio erano state "raschiate via" e date a due pazienti diversi, mentre i suoi occhi erano nel frigorifero, e si rifiutò di ridarli alla madre di Andrew per il funerale. Andrew Sitshetshe quindi fu sepolto senza i suoi occhi. Sua madre si chiede: "Anche se mio figlio è sepolto, è giusto che la sua carne sia qui, lì, ovunque, e che pezzi e pezzettini del suo corpo siano ancora in giro? Dobbiamo essere privati di ogni conforto e della nostra dignità? Come ha potuto il medico decidere o sapere cosa era più importante per noi?" Leslie London, un professore di medicina all'Università di Città del Capo, testimoniò a favore dei Sitshetshe: "Questi non erano casi che coinvolgevano poche mele marce. Questi abusi erano all'ordine del giorno in un contesto in cui l'intero tessuto del settore sanitario era permeato dall'apartheid, e in cui i fondamentali diritti umani non avevano alcun valore".

In risposta a questo caso la TRC ha sollevato due questioni fondamentali: come può il nuovo governo, con la nuova Carta dei Diritti, assicurare uguale accesso ai trapianti per tutti i sudafricani che ne hanno bisogno, in particolare quelli non coperti dai piani di assistenza medica? E come può lo stato istituire un servizio equo di raccolta e trapianto degli organi? L'importante sezione della Carta dei Diritti che tratta dell'integrità corporea sottolinea

"il diritto di tutti i cittadini a prendere decisioni sulla riproduzione e sui loro corpi che siano libere da coercizione, discriminazione e violenza". L'inclusione delle parole "e sui loro corpi" voleva riferirsi esplicitamente al prelievo degli organi.

I sentimenti popolari della comunità africana contro il prelievo degli organi e le pratiche del trapianto possono aver contribuito al dirottamento del sostegno statale dalla medicina terziaria alla prima assistenza – una scelta non esente da contraddizioni. Attualmente, i trapianti si stanno spostando rapidamente dagli ospedali statali e dai centri di ricerca accademici, dove la pratica dei trapianti è nata e si è sviluppata in Sudafrica, ai nuovi ospedali privati, "aziendalistici" e relativamente indipendenti. Presto solo i ricchi o chi dispone di una buona assicurazione medica privata avranno accesso ai trapianti.

Nel novembre del 1997 la Corte Costituzionale del Sudafrica ha respinto il diritto universale alla dialisi e al trapianto di rene (cfr. *Soobramoney v. Minister of Health, Kea Zulu-Natal*), una decisione che il giudice Albie Sachs mi ha descritto come necessaria, date le limitate risorse economiche del paese, ma "dolorosa e straziante". La Corte era chiamata a rispondere al caso di un disoccupato quarantunenne di Durbin, diabetico con insufficienza renale. L'uomo aveva esaurito la sua assicurazione medica e, subito dopo un attacco, gli era stata negata la dialisi gratuita nell'ospedale della sua provincia. L'alta corte ha confermato la politica del Ministero della Sanità che limita la dialisi

gratuita al piccolo gruppo di persone accettate nelle liste d'attesa per un trapianto di rene. I candidati non devono avere altre gravi malattie fisiche o mentali, tra cui malattie vascolari o polmonari, malattie epatiche croniche, alcolismo, tumori maligni, o positività all'HIV. Per questo motivo Soobramoney fu mandato a morire a casa.

Man mano che i trapianti si sono spostati nel settore privato, la commercializzazione ha preso piede. In assenza di una politica nazionale che regolamenti il settore della trapiantistica, e in mancanza di una qualsiasi lista d'attesa ufficiale a livello regionale – e men che meno nazionale –, la distribuzione degli organi trapiantabili è informale e soggetta a corruzioni. Benché tutti gli ospedali e i centri sanitari abbiano dei comitati etici per controllare le decisioni sulla distribuzione degli organi, di fatto le équipe dei trapianti godono di una notevole autonomia. Gli ospedali pubblici e privati assumono i loro coordinatori di trapianti, che affermano di essere talvolta messi sotto pressione dai chirurghi per gettare reni e cuori utilizzabili piuttosto che darli a un'istituzione concorrente, seguendo le regole non scritte stabilite tra ospedali e centri di trapianti.

La tentazione di "sistemare" i pazienti in grado di pagare comincia a farsi sentire sia negli ospedali pubblici che in quelli privati. In un'unità di trapianto renale di un grande ospedale c'è un viavai continuo di pazienti e di donatori viventi che arrivano dalle Mauritius o dalla Namibia. Anche se molti di loro proclamano di essere "parenti", secondo il personale paramedico si tratta di donatori pagati, e poiché arrivano dall'estero i medici tendono a chiudere un occhio. Mentre ero a Città del Capo nel 1998, un anziano uomo d'affari molto malato, proveniente dal Camerun, arrivò nel centro trapianti di un ospedale pubblico accompagnato da un donatore pagato che aveva trovato a Johannesburg. Il donatore era un giovane studente universitario che aveva accettato di cedere uno dei suoi reni per meno di 2.000 dollari. Quando i due risultarono non compatibili negli esami del sangue e furono respinti, tornarono in ospedale il giorno dopo, chiedendo di procedere comunque al trapianto: il paziente era pronto ad affrontare un rigetto praticamente certo. Furono nuovamente respinti, ma un ospedale privato sarebbe ugualmente coscienzioso nel rifiutare simili casi senza speranza di fronte a gente disposta a pagare indipendentemente dall'esito dell'operazione?

Nel frattempo, pazienti seriamente malati che vivono lontani, come a Soweto fuori Johannesburg o a Khayalitsha fuori Città del Capo, hanno ben poche possibilità di arrivare a un trapianto. La regola dei trapiantisti di cuore e reni a Johannesburg è "niente fissa dimora, niente telefono, niente organi". Le differenze di trattamento sono eclatanti. Nel famoso Chris Hani Bara Hospital alla periferia di Soweto ho incontrato un uomo di mezza età allegro e spiritoso, in lista d'attesa per un rene da più di vent'anni, che scherzava con le infermiere durante la dialisi. Nemmeno un pa-

ziente dell'enorme unità renale del Bara Hospital aveva ricevuto un trapianto nell'ultimo anno. La settimana prima, però, avevo incontrato Wynand Breytanbatch, ex vice-ministro della difesa all'epoca della presidenza di Botha, convalescente nella sua casa fuori Città del Capo dopo un trapianto di cuore, ottenuto dopo meno di un mese di attesa e a spese dello stato. Nello stesso tempo al Groote Schuur Hospital una moratoria virtuale e ufficiosa ha bloccato i trapianti "gratuiti" di cuore nel febbraio 1998.

11. Brasile: furto, vendita, dono retribuito, donazione universale

Vi sono varie e diverse versioni sulle pratiche abusive e illegali di acquisizione degli organi in Brasile. La prima versione, già discussa, riguarda le gravi violazioni dei diritti umani sui corpi dei sub-cittadini poveri, vivi o morti, negli ultimi anni della dittatura militare. Con la transizione alla democrazia alla metà degli anni Ottanta queste violazioni sono state sostituite da forme più morbide di vendita di organi e di donazione retribuita tra famigliari ed estranei.

La democratizzazione e i coraggiosi tentativi di centralizzare a livello regionale a Rio de Janeiro, San Paolo e Recife e altre città meno note l'acquisizione e la distribuzione degli organi hanno eroso ma non eliminato le possibilità dei ricchi di ottenere organi mesi, se non anni, prima dei comuni

cittadini che dipendono dal servizio sanitario nazionale o da inadeguati programmi di assicurazione medica. Dal sud industrializzato alle zone rurali interne del Brasile nord-orientale, chirurghi trapiantisti, pazienti, trapiantati e attivisti ci hanno raccontato come le leggi e i regolamenti ospedalieri venivano piegati, "negoziati", "facilitati" o aggirati tramite contatti personali e *jeitos* (un'espressione popolare per tutti quei modi di superare gli ostacoli con l'intelligenza, l'astuzia, l'imbroglio, la corruzione o il potere). Un giovane informatore ha riferito alla mia assistente, Mariana Ferreira, a San Paolo nel dicembre 1997, che dopo aver saputo di aver bisogno di un trapianto di cornee fu rassicurato dal suo medico: "Posso raccomandarla ad alcuni miei amici all'ospedale X. Dovrà comunque registrarsi nella lista d'attesa per le cornee, ma se ha 3.000 dollari in contante può passare in cima alla lista". Un'attivista per il trapianto di reni di San Paolo ci ha mostrato i suoi documenti su centinaia di comuni cittadini e candidati al trapianto che, nonostante esami medici e varie raccomandazioni, non sono mai arrivati in cima alla lista – lei per prima. La donna era abbastanza cinica riguardo ai ricchi che arrivano a San Paolo da qualsiasi punto del paese e tornano a casa, spesso dopo poche settimane, con l'organo di cui avevano bisogno. "Le liste d'attesa sono una presa in giro – diceva – e qualche volta penso che noi stiamo lì solo per 'decorare' la lista". La sua critica era di fatto confermata dai chirurghi trapiantisti di istituzioni pubbliche e private, che si

lamentavano del fatto che i pazienti facoltosi erano difficili da ottenere, perché questi per lo più si recavano in Europa o negli Stati Uniti per avere "organi di qualità" in centri medici all'avanguardia. E naturalmente il denaro rendeva tutto più facile per loro, che si trattasse di Houston, New York o San Paolo. I chirurghi dei grandi ospedali pubblici di Recife, Rio de Janeiro e San Paolo che ho visitato nel 1997 e 1998 sembravano impegnati in un rallentamento dell'attività in attesa che arrivasse la merce rara – i pazienti paganti. E intanto ben pochi trapianti venivano effettuati in base al sistema di assicurazione sanitaria nazionale.

Il complicato funzionamento del sistema sanitario a due livelli del Brasile – un sistema sanitario nazionale gratuito, accessibile a tutti e da tutti disdegnato, e un fiorente settore medico privato, accessibile a pochi ma desiderato da tutti – genera le condizioni ideali per il commercio degli organi e per corruzioni e raccomandazioni per accelerare l'accesso alle procedure per il trapianto. In mancanza di un'unica rete per la gestione degli organi, paragonabile a UNOS negli Stati Uniti e Eurotransplant nell'Europa occidentale, le cliniche private competono con gli ospedali pubblici per ottenere gli organi disponibili. Dal momento che gli incentivi finanziari sono molto maggiori nel settore privato (dove i chirurghi ricevono una paga molte volte superiore a quella che ricevono nel servizio pubblico), gli ospedali privati sono molto più aggressivi nel trovare e ottenere gli organi (cfr. Pereira Coelho 1996). Il sistema nazionale paga all'ospedale 7.000 dollari per un trapianto di rene (di questi solo 2.000 vanno ai medici), mentre in un ospedale privato la stessa operazione può oscillare tra i 25.000 e i 50.000 dollari. Nel caso di trapianti di fegato, il sistema pubblico passa 24.000 dollari, mentre in una clinica privata si va dai 50.000 ai 300.000 dollari, a seconda delle complicazioni. La caposala di un'unità di trapianti di un ospedale privato di San Paolo spiegava che queste cifre coprono solo le spese ospedaliere. "Gli onorari per i medici vengono negoziati tra il paziente e i chirurghi. Noi non interferiamo in questi dettagli".

Quindi, benché la costituzione brasiliana garantisca dialisi e trapianti a tutti i cittadini che ne abbiano bisogno, le liste d'attesa sono piene di gente che è rimasta "in sospeso" per decenni, perché la retribuzione prevista rende l'operazione poco conveniente. Il dott. J, un giovane trapiantista di Rio de Janeiro, mi ha portato in giro per il centro trapianti, vuoto, di un grande ospedale pubblico. "È una vergogna – mi diceva – ma semplicemente non c'è motivazione a operare con il sistema statale [di pagamento]. Molti [chirurghi] nei loro turni settimanali passano il tempo in attesa di opportunità. Il loro vero lavoro è con i pazienti paganti nelle cliniche private".

Ma anche negli ospedali privati più piccoli, la maggior parte dei trapiantati di reni erano della zona e di modeste condizioni economiche. "Perché dovrebbe venire qui una persona ricca?" chiedeva irritato il direttore di un'unità renale di uno

di questi ospedali a Recife, rispondendo alle mie domande sulla commercializzazione all'interno del suo centro. Pur con una solida esperienza all'estero nei migliori ospedali universitari, il dott. P si lamentava che il suo centro era snobbato dalla "borghesia" che preferiva andare a San Paolo o addirittura negli Stati Uniti. Il suo centro sopravviveva in gran parte con le donazioni di reni tra viventi, per lo più da parenti ma anche da amici o estranei retribuiti.

Sebbene il traffico globale di organi ha ricevuto ampia attenzione da parte dei media, gran parte del loro commercio si svolge a livello nazionale, seguendo le tradizionali disparità economiche e sociali, e obbedendo alle regole locali di classe, razza, genere e geografia. Secondo un anziano chirurgo brasiliano, intervistato da un mio assistente a San Paolo nel 1997, un mercato "ombra" di organi è sempre esistito in Brasile. "Quelli che soffrono di più sono sempre gli stessi, i poveri e gli ignoranti, che vengono imbrogliati o costretti alla donazione attraverso transazioni private che raramente arrivano all'attenzione dei dottori". Negli anni Settanta e Ottanta c'erano prove di una commercializzazione rampante, simile a quelli che si rileva oggi in India. Il dott. L, un nefrologo da me intervistato che pratica la libera professione a Rio, ha denunciato il clima medico della sua città in quegli anni: "Il traffico [di organi] era praticamente legalizzato qui. Era una cosa sicura, che si faceva negli ospedali piccoli come in quelli grandi, senza preoccuparsi della sua illegalità". Il commercio raggiunse un "picco preoccupante" – spiegava – negli anni Ottanta, quando i quotidiani pubblicavano un numero allarmante di annunci di organi in vendita. "C'era troppa gente che offriva di vendere reni e cornee a prezzi competitivi, per non parlare del sangue 'cattivo' (cioè infetto da HIV) che veniva venduto alle banche del sangue private". Con gli anni Novanta e una migliore situazione economica, questi annunci espliciti scomparvero ma, secondo il dott. L, "il commercio non si è fermato. Semplicemente oggi è diventato meno visibile". Secondo il dott. M di San Paolo, donatori di organi si presentano ancora, senza preavviso, nei centri di trapianti. Il linguaggio degli scambi è più discreto: dalla "vendita" e dall'"acquisto" di organi alle "offerte" di aiuto. "Il prezzo dei reni varia. Se si tatta di un conoscitore delle leggi di mercato ad avere bisogno di denaro, naturalmente il prezzo sarà più alto. Se si tratta di una persona normale, sarà più a buon mercato". Di tanto in tanto, ad esempio – racconta – capita una paziente vestita all'ultima moda e con gioielli preziosi, accompagnata da un "donatore" coi sandali di gomma. "Il donatore viene fatto passare per un cugino proveniente dalle zone interne del paese. Noi ci rifiutiamo di operare, e se insistono li mando da un giudice e lascio a lui la decisione se autorizzare la transazione o no".

In aggiunta a queste transazioni completamente private tra donatori viventi e riceventi, spesso tollerate dai medici perché "non hanno nulla a che fare con loro", ci sono anche organizzazioni

criminali che trafficano in parti del corpo presi da ospedali e obitori. Il principale quotidiano del Brasile, *Folha de São Paulo*, ha riportato nel 1997 molte storie di indagini della polizia sulla "mafia dei corpi", con collusioni tra il personale di ospedali, reparti di pronto soccorso e obitori, nonché autisti di ambulanze, che commerciavano in sangue, organi e tessuti umani prelevati da cadaveri. In un caso, certificati di morte falsificati vennero prodotti per nascondere l'identità di cadaveri mutilati nell'obitorio di Rio de Janeiro. Le indagini si conclusero con un processo penale contro un gruppo di operatori dell'obitorio.

Anche quando non vi è esplicito commercio di organi, la disuguaglianza sociale implicita nel sistema sanitario pubblico interferisce con l'acquisizione degli organi e produce una ingiusta distribuzione. Gli specialisti di trapianti come il dott. F di San Paolo notano un evento frequente:

> A volte un giovane paziente muore in periferia e viene identificato come un potenziale donatore. Un'unità mobile di cura intensiva arriva e lo porta all'ospedale, dove può essere messo nelle condizioni [cliniche] migliori per diventare un corpo donatore. La famiglia è confusa e non capisce cosa sta succedendo. Prima non c'era posto per lui negli ospedali pubblici. Improvvisamente viene portato in un'unità di terapia intensiva super-moderna di un ospedale privato o di una clinica universitaria di ricerca. Ecco perché i poveri dicono spesso – e con ragione – che valgono di più da morti che da vivi.

Benché la precedente legge sui donatori viven-

ti (Legge n. 8489, emanata nel 1992) richiedesse un'autorizzazione speciale del giudice per i donatori viventi non consanguinei, l'elusione della legge era comune, specialmente nei piccoli ospedali privati, dove le donazioni di rene da vivente restano la regola. Nel luglio 1997 e nell'agosto 1998 sono stata in un ospedale privato di Recife dove il 70 per cento dei trapianti di rene si doveva a donatori viventi. Le statistiche dell'ospedale dell'ultimo decennio elencavano 37 donatori viventi "non parenti", insieme a un grande numero, molto sospetto, di "cugini", "figliocci", "parenti acquisiti", "nipoti". Gli amministratori dell'ospedale, gli assistenti sociali e lo psicologo non nascondevano la loro pratica quotidiana, che era legale fintantoché un giudice locale era disposto ad autorizzare ogni eccezione. Il Brasile ha 117 centri autorizzati per il trapianto di reni, 22 per il trapianto di cuore, 19 per il trapianto di fegato, e un grande numero di centri per il trapianto di cornee, di cui solo 17 autorizzati (*Censo* 1997). Mantenere queste cliniche operative bilanciandone i costi ha comportato una maggiore tolleranza verso vari incentivi informali per incoraggiare la donazione di organi da parenti e amici. La distinzione tra organi "comperati" e "donati" è confusa. La donazione retribuita è accettata da alcuni trapiantisti come una pratica eticamente "neutrale". Mentre molti chirurghi evitano i pazienti sospettati di aver pagato il donatore, altri chiudono un occhio su questo tipo di scambi: un trapiantista di Rio de Janeiro ci ha detto: "Io sono un dottore, non un poliziotto".

Il compenso offerto ai donatori viventi varia da piccole cifre, circa 1.000 dollari, a parte dell'eredità. Un chirurgo di San Paolo spiegava: "Sì, naturalmente qualche volta la gente prende qualcosa in cambio. Un fratello che dona il suo rene riceverà un bonus economico privato. Tempo dopo veniamo a sapere che ha avuto una macchina. Oppure un figlio che dona il rene al padre – una situazione che di solito non incoraggiamo – ottiene privilegi extra all'interno della famiglia". Un nefrologo di Rio de Janeiro raccontava di una giovane donna che aveva accettato di donare un rene allo zio in cambio di una casa. I chirurghi si erano opposti, perché il malato era un pessimo candidato per il trapianto e un paziente indisciplinato, ma l'uomo alla fine era riuscito a trovare una clinica privata che l'aveva accettato. Il risultato? "L'uomo ebbe varie crisi di rigetto, tornò in dialisi, e morì entro un anno. Dall'altra parte restava la nipote, con un rene di meno ma con una casa nuova".

Oltre alla donazione retribuita all'interno delle famiglie, possono esserci notevoli pressioni sui parenti poveri, di sesso femminile o di status inferiore, per offrirsi volontari come donatori di reni (cfr. De Vasconcelos 1995). Il dott. N, un chirurgo di Salvador, Bahia, intervistato nel giugno del 1998, raccontò il caso di una giovane donna il cui fratello l'aveva minacciata di morte se lei rifiutava di dargli un rene. Spiegava: "Tutto il processo di scelta di un organo all'interno della famiglia comporta una dinamica assolutamente privata che

spesso sfugge al controllo anche dei medici più attenti".

La pressione esercitata sui parenti "inferiori" (donne, poveri, ecc.) per offrirsi come donatori è particolarmente problematica in quanto questi gruppi sociali vulnerabili hanno chances ancora minori di diventare essi stessi destinatari di trapianti[8]. Un chirurgo di San Paolo spiegava che "la tendenza, spesso inconsapevole, è di scegliere come donatore il componente meno produttivo della famiglia, come ad esempio la zia zitella". E alla fin fine i donatori viventi consanguinei tendono ad essere donne. Un chirurgo di San Paolo con un'ampia esperienza di trapianti di rene sui bambini difendeva così le statistiche della sua clinica: "è del tutto naturale che la madre sia il donatore principale, ma di solito cerco di coinvolgere prima il padre. Gli dico che la madre ha già dato la vita al bambino, e che adesso è il suo turno. Ma gli uomini tendono a ritenere che la donazione degli organi sia roba da donne".

Zulaide, un'insegnante di educazione fisica della classe operaia di una piccola città di Pernambuco, venne chiamata dal suo fratello maggiore per donargli un rene intorno alla metà degli anni Novanta. Il fratello era stato in dialisi per anni aspettando un organo da cadavere, ma a causa della distanza della clinica, delle basse retribuzioni del sistema sanitario nazionale e del suo rifiuto di pagare i test di compatibilità, le sue possibilità di ottenere un organo "ufficiale" erano scarse. Come gli altri 15.000 brasiliani in attesa di un re-

ne da cadavere, Roberto sarebbe rimasto sposato a un'antiquata macchina per la dialisi. Dopo la nota tragedia del 1995, in cui 38 dializzati della città di Caruaru, Pernambuco, morirono di un'infezione batterica trasmessa da macchinari con pessima manutenzione, i nefropatici hanno cercato di fare di tutto per evitare la dialisi e ottenere un trapianto.

Trascurando il suggerimento di trovare un donatore a pagamento, Roberto accettò di permettere a sua sorella, una giovane donna sana, sposata e madre di tre figli, di aiutarlo. Benché Zulaide abbia donato gratuitamente il suo rene – "l'ho dato col cuore, e non per guadagno" – l'operazione non ebbe successo e Roberto morì entro l'anno. Ci furono complicazioni anche nella convalescenza della donna, che dovette rinunciare al suo lavoro fisicamente pesante. Quando si presentò alla clinica privata di Recife per ottenere assistenza post-operatoria, fu respinta sdegnosamente dai medici. I chirurghi insistevano nel dire che era stata scelta come donatore perché era sana; i suoi disturbi erano probabilmente psicologici, una sindrome che un dottore chiamò "il rimpianto del donatore" – una sorta di "nevrosi compensativa". Zulaide ride di questa interpretazione: "Mi manca mio fratello, non il mio rene", ripete.

Dall'altra parte della città, quando Wellington Barbosa, un farmacista benestante oltre i sessanta, ebbe bisogno di un trapianto di cuore, il suo medico personale riuscì ad agevolare il suo passaggio in cima alla lista d'attesa nel prestigioso centro medico di San Paolo. Il nuovo cuore di Wellington batteva nel suo petto già poche settimane dopo.

Nello stesso tempo, nell'affollata baraccopoli sulle colline, che praticamente si affaccia sulla tenuta di Wellington, Carminha dos Santos era impegnata in un'infruttuosa caccia al trapianto per suo figlio Thomas, che aveva perso la vista all'età di sette anni in seguito a un'infezione agli occhi mal curata. Carminha era sicura che la condizione di suo figlio poteva essere risolta con un trapianto di cornee. L'ostacolo, secondo lei, era che "le banche degli occhi, come qualsiasi altra cosa al mondo, sono riservate a chi ha i soldi". Prima portò il ragazzo a Recife, inutilmente, poi andò in autobus con lui fino a Rio de Janeiro, dove passò da un ospedale all'altro e da un dottore all'altro. Per tutto il tempo continuò a credere che da qualche parte avrebbe trovato un "santo dottore", un medico con una coscienza, disposto ad aiutarli. "Non danno forse occhi nuovi ai ricchi?", e suo figlio non era forse "uguale agli occhi di Dio"? Alla fine se ne tornò a casa rabbiosa e sconfitta. La sua unica speranza era di ottenere un cane per ciechi attraverso un'associazione cattolica di carità.

Secondo i legislatori intervistati, la nuova legge[9] del consenso presunto, emanata in Brasile il 4 febbraio 1997, era disegnata per produrre una maggiore quantità di organi per i trapianti, garantire un equilibrio tra domanda e offerta, portare equità nella distribuzione degli organi, e fermare qualsiasi commercio di organi. Quasi immediata-

mente però la legge è stata contestata dall'alto e dal basso, dai chirurghi e dal popolo (cfr. anche Gabel 1996). Molti specialisti del settore attribuivano i veri problemi dei trapianti alla mancanza di infrastrutture mediche e tecnologiche per la raccolta, la distribuzione e le operazioni di trapianto. La caposala del più grande centro privato di trapianti di San Paolo spiegava:

> Il governo voleva che la gente credesse che il vero problema fosse il rifiuto delle famiglie a donare. La verità è che il sistema sanitario nazionale non ha le capacità tecniche di mantenere il corpo del donatore, e così noi perdiamo moltissimi donatori. Quando pensiamo di aver trovato il donatore perfetto, un uomo di 25 anni morto in un incidente stradale, che è clinicamente morto ma altrimenti ancora perfetto, è un fine settimana e non c'è un chirurgo statale disponibile, e il cuore perfetto finisce nella spazzatura.

La nuova legge sugli organi, simile alle leggi sulla donazione obbligatoria in Belgio e Spagna, rende tutti i brasiliani adulti donatori universali di organi alla loro morte, a meno che non si dichiarino ufficialmente "non-donatori di organi e tessuti". Lo stato si è assunto il compito di monitorare la raccolta e la distribuzione degli organi da cadavere. Ma non c'è ancora nulla che impedisca di continuare il commercio di organi, perché la nuova legge ha eliminato il requisito fondamentale dell'autorizzazione del giudice per i trapianti tra non consanguinei. La legge recita infatti: "Qualsiasi persona, secondo i termini del codice civile, può disporre di tessuti, organi e parti del corpo

perché siano rimossi in vita per trapianti e a scopi terapeutici" (Legge federale n. 9434, capitolo 3, sezione 2, articolo 15). Come ha spiegato il dott. B, "se vuoi vendere un rene a qualcuno, non è più mio dovere come medico investigare. Secondo la nuova legge, tutta la responsabilità ricade solamente sullo stato".

E nonostante la nuova legge, chi sta meglio economicamente continua a rifiutare organi da cadavere. Una marcata preferenza per i donatori viventi e conosciuti manterrà attivo il mercato dei reni. Secondo un nefrologo libero professionista di Rio de Janeiro, solo i clienti più poveri accetteranno un rene cadaverico per il trapianto: "Nella mia esperienza i ricchi vogliono sempre un rene da una persona viva, di cui si conosce qualcosa... Sotto sotto, c'è una sfiducia profonda nel nostro sistema sanitario nazionale. La paura di contrarre l'epatite o l'AIDS dai cadaveri è molto forte". E in effetti, concludeva, queste paure non sono totalmente infondate.

Il direttore del famoso obitorio statale di Rio de Janeiro ha salutato la nuova legge come un'istituzione estremamente moderna che offriva l'opportunità di educare le "masse ignoranti" nella nuova democrazia. Ma per il proverbiale uomo della strada di San Paolo, Rio, Recife e Salvador la nuova legge è solo un altro assalto burocratico ai loro corpi. L'unico modo per esserne esenti era richiedere nuove patenti e carte di identità con il timbro ufficiale "Non sono un donatore di organi o tessuti". La gente ha affollato gli uffici dell'ana-

grafe di tutto il paese per togliersi dal gruppo di donatori obbligati. Alle anagrafi di Rio de Janeiro, San Paolo, Salvador e San Carlos, i cittadini hanno espresso rabbia e risentimento verso un atto arrogante dello stato contro la "povera gente" come loro. Alcune persone hanno espresso un qualche apprezzamento per le "buone intenzioni" della legge, ma dubitavano delle capacità morali e organizzative dello stato nell'applicarla adeguatamente.

"I dottori non ci hanno mai trattato con rispetto prima di questa legge", diceva Magdalena, una collaboratrice domestica, riferendosi allo scandalo delle sterilizzazioni eseguite sulle donne povere senza il loro consenso. "Perché dovrebbero improvvisamente proteggere i nostri diritti e i nostri corpi dopo questa legge?" Per Carlos Almeida, un operaio edile di 52 anni, la legge si basava sul profitto: "Chi può garantire che i dottori non accelereranno la morte, usando un piccolo *jeitinho* perché uno muoia prima per poterne poi approfittare? Non ho nessuna fiducia in questa storia della morte cerebrale. Finché il cuore batte, c'è ancora vita secondo me." Almeida consigliava ai suoi figli adulti di non diventare donatori: "Ho detto loro che in giro c'è gente come avvoltoi a caccia di organi di persone giovani e sane". Un contabile in pensione, Inácio Fagundes, domandava: "Questa legge vuol dire che quando muoio possono prendere il mio corpo, tagliarlo a pezzi, prendere quello che vogliono, anche se la mia famiglia non è d'accordo?" Sentendosi rispondere

che più o meno era effettivamente così, disse all'impiegato dell'anagrafe: "Lo scriva bene in grande sulla mia carta d'identità: *Fagundes non donerà un bel niente!*"

12. Conclusione

In quali condizioni sociali la raccolta e la distribuzione degli organi per i trapianti può essere leale, equa, giusta ed etica? Il trapianto degli organi dipende dalla fiducia e dal contratto sociale, le cui basi devono essere esplicite.

Al livello minimo, questo richiede leggi nazionali e linee guida internazionali che delineino e proteggano i diritti dei donatori, sia vivi che morti, così come dei riceventi. Inoltre, il trapianto di organi richiede un sistema sanitario ragionevolmente equo e trasparente. Richiede anche uno stato ragionevolmente democratico in cui i fondamentali diritti umani siano garantiti. I trapianti, condotti magari dal più coscienzioso dei medici in un centro medico avanzato, ma in un contesto di stato autoritario o di polizia, possono portare a gravi abusi. Analogamente, laddove persistono tracce di servitù del debito o dove la classe, la razza e le ideologie di casta spingono a trattare come "spazzatura" alcuni tipi di corpi – donne, poveri, bambini di strada, criminali comuni – questi sentimenti finiranno per corrompere la pratica medica relativa alla morte cerebrale, la raccolta e la distribuzione degli organi.

In simili condizioni i cittadini più vulnerabili contrattaccheranno con le sole armi a loro disposizione – pettegolezzo, dicerie, leggende metropolitane, e resistenza alle nuove leggi. In questo modo essi agiscono e reagiscono contro lo stato di emergenza in cui vivono in quest'epoca di riaggiustamenti economici e democratici. Essi esprimono la loro consapevolezza di esclusione sociale e formulano loro proprie categorie etiche e politiche di fronte a richieste "consumistiche" che danno valore ai loro corpi solo quando questi possono essere riciclati come serbatoi di pezzi di scorta. Mentre per gli specialisti dei trapianti un organo è soltanto una "cosa", un bene di consumo da usare piuttosto che sprecare, per moltissima altra gente un organo è qualcos'altro – una parte di sé viva, animata, e spiritualizzata, che molti vorrebbero ancora portare con sé dopo la morte.

Note

1. Benché anche in altri progetti di ricerca sia stata ostacolata, qui per la prima volta sono stata avvertita di essere seguita dal tirapiedi di un giudice corrotto e profondamente implicato nel traffico.
2. All'Hospital das Clìnicas, Mariana Ferreira e io abbiamo seguito il trapianto, relativamente semplice, di Domba, un leader religioso Suya con una malattia renale incurabile, che era stato trasportato in aereo a San Paolo dalla sua piccola riserva in Amazzonia. Domba era decisamente meno preoccupato per l'operazione che non l'uomo d'affari con cui condivideva la stanza nell'ospedale semiprivato. Egli era certo che i suoi spiriti di famiglia l'avrebbero accompagnato durante l'operazione.

3. Devo a João Biehl la segnalazione del recente lavoro di Agamben e della sua rilevanza per questo progetto.
4. La sofferenza dei pazienti trapiantati causata dal miscuglio di procedimenti clinici e "sperimentali" nei trapianti di fegato ha portato una nota bioetica (M. Rorty, comunicazione privata) a mettere una clausola nel proprio testamento: tutti gli organi utilizzabili – *tranne il fegato* – devono essere donati alla scienza medica. Allo stesso modo Das (s.d.) riferisce del "contrasto tra l'aspetto terapeutico e quello sperimentale" nelle operazioni di trapianto di fegato eseguite in alcune parti dell'India.
5. La morte cerebrale implica la mancanza di funzioni omeostatiche; il paziente non può respirare autonomamente, ed è usualmente necessario un supporto per la funzione cardiovascolare. Tuttavia i criteri usati nel definire la morte cerebrale variano da una nazione o regione all'altra. In Giappone solo il 25 per cento della popolazione accetta l'idea della morte cerebrale, mentre a Cuba un danno irreversibile al sistema cerebrale è sufficiente per dichiarare morta una persona. Per alcuni medici è sufficiente la morte della base del cervello, mentre per altri deve aver cessato di funzionare anche la parte superiore del cervello, responsabile del pensiero, della memoria, delle emozioni e dei movimenti muscolari volontari.
6. Ricordo quanto recente era ancora l'abitudine nell'Irlanda rurale di chiamare il prete, e non il medico, quando un parrocchiano si avvicinava alla morte – una situazione che chiunque era in grado di riconoscere. Il dott. Healy era solito redarguire chi lo chiamava ad assistere un moribondo: "Chiamate il prete – diceva – non c'è nulla che io possa fare qui". In questo modo il passaggio verso la morte era accompagnato da rituali spirituali, e non medici.
7. Un giovane fattore della penisola di Dingle mi ha rivelato negli anni Settanta la saggezza che permeava la pratica locale delle lunghe veglie: "Non sarebbe giusto né decoroso calarli nella fossa troppo presto. In fondo non si sa mai esattamente quando lo spirito lascia il corpo". Una cosa era certa: l'anima, lo spirito e la personalità del de-

funto potevano aleggiare dentro e intorno al corpo per ore e anche giorni dopo che i segni somatici della morte diventavano visibili. È difficile immaginare cosa direbbe oggi della morte cerebrale quel fattore, dopo sessant'anni di veglie ai moribondi e ai morti e ai loro spiriti tenaci e perseveranti.

8 Un sondaggio sulla distribuzione dei trapianti renali in Europa e Nord America (Kjellstrand 1990) indica che donne e pazienti di colore hanno solo due terzi delle possibilità di ricevere un trapianto che hanno invece uomini e bianchi in genere. Uno studio della Southeastern Organ Procurement Foundation nel 1978 (citato in Callender et al. 1995) rilevava una disparità negli Stati Uniti tra il grande numero di afro-americani dializzati e il piccolo numero di afro-americani trapiantati. La ricerca preliminare di Sheila Rothman (1998) rivela la presenza di una involontaria discriminazione nello screening di afro-americani e ispanici candidati al trapianto a New York.

9 Il problema del consenso presunto per il prelievo di organi dai cadaveri non è limitato ai paesi del Sud del mondo, dove ampi segmenti della popolazione sono semianalfabeti o completamente illetterati. Negli Stati Uniti vi è oggi una considerevole resistenza alla donazione di organi da cadavere (Kolata 1995), e James Childress (1996:11) rileva che le leggi sul prelievo degli organi da cadavere contengono "incoerenze sui detentori dei diritti: l'individuo finché è ancora in vita o la famiglia dopo la morte dell'individuo". In pratica, lo stato si arroga i diritti su qualsiasi cadavere che si presume si stato "abbandonato" dalla famiglia. In molti stati, inoltre, esiste il "consenso presunto" per il prelievo di cornee, pelle, ghiandole pituitarie e altri tessuti o parti del corpo, anche in condizioni normali e senza informare i famigliari, ma questa presunzione di consenso viene messa in discussione quando la gente viene a sapere di pratiche routinarie di prelievo di organi e tessuti.

Riferimenti bibliografici

AGAMBEN, G. 1998, *Homo sacer. Sovereing power and bare life*, Stanford University Press, Stanford [ed. orig. *Homo sacer. Il potere sovrano e la nuda vita*, Einaudi, Torino 1995].

ANDERS, G. 1995, On sale now at your HMO: Organ trasplants, *Wall Street journal*, January 17.

APPADURAI, A. Editor. 1986, *The social life of things*, Cambridge University Press, New York.

APPADURAI, A. 1996, *Modernity at large: Cultural dimensions of globalization*, University of Minnesota Press, Minneapolis [trad. it. *La modernita in polvere*, Meltemi, Roma, 2000].

ARDENER, E. 1975, "Belief and the problem of women" and "The problem revisited" in *Perceiving women*. Edited by Shirley Ardener, pp. 1-28, J.-M. Dent, London.

ARNOLD, D. 1993, *Colonizing the body: State medicine and epidemic disease in nineteenth-century India*, University of California Press, Berkley.

ASHFORT, A. 1996, Of secrecy and the commonplace: Witchcraft and power in Soweto, in *Social Research*, 63 (Inverno).

AWAY, T. 1994, The theory of neo-cannibalism (in giapponese), in *Japanese Journal of Philosophy*, 3:29-47.

AYORA-DIAZ, S. 1998, Globalization, rationality, and medicine: Local medicines' struggle for recognition in the state of Chiapas, Mexico, in *Urban Anthropology and Studies of Cultural Systems and World Economic Development*, 27:165-95.

BAUMAN, Z. 1998, *Globalisation: The human consequences*, Polity Press, Cambridge [trad. it. *Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone*, Laterza, Bari-Roma 1999].

BERLINGUER, G. e GARRAFA, V. 1996, *O mercado humano: Estudo bioetico da compra e venda de partes do corpo*, Editora Uni-

versidade de Brasilia, Brasilia [ed. it. *La merce finale*, Baldini&Castoldi, Milano 1996; poi riedito con il titolo, *Il nostro corpo in vendita. Cellule, organi, DNA e pezzi di ricambio*, Baldini & Castoldi, Milano 2000].

BIEHL, J. 1998, "A morte da sonhadora: Iluminismo, A Cuerra Mucker e o campo do inconsciente no sul do brasil, século XIX", in *Psicanálise e colonização*, Edited by Edson Souza, Artes e Oficios, Porto Alegre.

BIEHL, J. 1999, Other life: AIDS, biopolitics, and subiectivity in Brazil's zones of social abandonment, Ph.D. diss., University of California, Berkeley, Calif.

CALLENDER, C.A., A.S. BEY, P.V. MILES, C.L. YEAGER, 1995, A national minority organ/tissues transplant education program, in *Transplantation Proceedings*, 27:1441-43.

CANTAROVIC, F. 1990, Organ commerce in South America, in *Transplantation Proceedings*, 28:146-48.

CASTEL, R. 1991, "From dangerousness to risk", in *The Foucault effect: Studies in governmeatality*, Edited by G. Burchell, C. Cordon, P. Miller, University of Chicago Ptess, Chicago.

Censo nacional de tlansplantes de orgáos 1997, Ministero della sanità, Brasilia.

CHANDRA, P. 1991, Kidneys for sale, in *World Press Review*, February, p. 53.

CHAUDHARY, R. 1992, Argentina uncovers patients killed for organs, in *British Medical Jaurnal*, 34:1073-74.

CHAUDHARY, R. 1994, Organ trade investigators seize hospital records in Buenos Aires, in *Guardian*, June 22.

CENGAPPA, R. 1990, The organs bazaar, in *India Today*, July, pp. 30-37.

CHILDRESS, J. 1996, The gift of life: Ethical considerations in organ transplantation, in *Bulletin of the American College of Surgeons*, 81:10-220.

CLARK, M. 1993, Medical anthropology and the redefining of human nature, in *Human Organizatian*, 52:233-42.

COHEN, L. n.d., Where it hurts: Indian material for an ethics of organ transplantation, in *Daedalus* (in stampa).

COHEN, L.R. 1989, Increasing the supply of transplant organs: The virtues of a futures market, in *George Washington Law Review*.

COHEN, L.R. 1993, A futures market in cadaveric organs: Would it work?, in *Transplantarion Praceedings*, 25:60-61.

COMAROFF, John, COMAROFF, Jean 1992, "Medicine colonialism, and the biack bady", in *Ethnography and the historical imagination*, Westview Press, Boulder.

CURRAN, W.J. 1991, Scientific and commercial development of the human cell lines: Issues of property, ethics, and conflicts of interest, in *New England Journal of Medicine*, 324:998-1000.

DAAR, A.S. 1989, Ethical issues: A Middle East perspcetive, in *Transplantation Proceeding*, 21:1402-4.

DAAR, A.S. 1990, "Rewarded gifting or rampant commercialism: Is there a difference?", in *Organ replacementt therapy: Etics, justice, commerce*, Edited by W. Land, J.B. Dossetpor, Springer-Verlag, Berlin.

DAAR, A.S. 1992a, Nonrelated donors and commercialism: A historical perspective, in *Transplantation Proceedings*, 25:2087-90.

DAAR, A.S. 1992b, Rewarded gifting, in *Transplantation Proceedings*, 24:2207-11.

DAAR, A.S. n.d., *Living-organ donation: Time for a donor charter*, MS, Department of Surgery, Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman.

DANER, M. 1994, *The massacre at El Mazote*, Vintage, New York.

DAS, V. 1996, *Organ transplants: Gift, sale, or theft?*, relazione letta alla conferenza internazionale "Selling Life: Commerce in Human Organs", Berkeley, California, April 20-28.

DAS, V. 1998, Wittgenstein and anthropology, in *Annual Review of Anthropology*, 27:171-95.

DAS, V. n.d., "The practice of organ transplants: Networks, documents, translations" in *Cultures of biomedicine*, Edited by Margaret Lock et al., Cambridge University Press, Cambridge (in stampa).

DE VASCONCELOS, M.O. 1995, *Contribução ao estudo antropológico do doador renal*, M.A thesis, Postgraduate Program on Autrhropology, UFPE, Recife, Brazil.

DUNDES, A. Editor 1991, *The blood libel legend*, University of Wisconsin Press, Madison.

EDWARDS, J., FRANKLIN, S., HIRSCH, E., PRICE, F. STRATHERN, M. 1993, *Technologies of procreation: Kinship in the age of assisted conception*, Manchester University Press, Manchester.

EVANS, M. 1989, Organ donations should not be restricted to relatives, in *Journal af Medical Ethics*, 15:17-20.

FISHMAN, R.H.B. 1998, Israeli kidney swap unites Jews and Muslims, in *Lancet*, 351 (9116):1641.

FOUCAULT, M. 1975, *The birth of the clinic*, Vintage Books, New York [trad. it. *La nascita della clinica*, Einaudi, Torino 1969].
FOX, R.C. 1996, "Afrerthoughts: Continuing reflections on organ transplantation", in *Organ transplantation: Meanings and realities*, Edited by S. Youngner, R. Fox, L. O'Connell, pp. 251-74, University of Wisconsin Press, Madison.
FOX, R.C., J. SWAZEY 1992, *Spare parts: Orgarn replacement in American society*, University Press, New York.
GABEL, H. 1996, How presumed is presumed consent?, in *Ttansplantation Proceedings*, 28:27-30.
GESCHIERE, P. 1997, *The modernity of witchcraft Politics and the occult in postcolonial Africa*, Uniersity Press of Virginia, Charlottesville.
GIDDENS, A. 1999, *A runaway world The Reith Lectures 1999*, BBC, London.
GOOD, B.J. 1994, *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*, Cambndge University Press, Cambridge [trad. it. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Ed. di Comunità, Torino 1999].
GOUREVICH, P. 1998, *We wish to inform you that tomorrow we will be killed with our families*, Farrar, Straus and Giroux, New York.
HARAWAY, D. 1985, A manifesto for cyborgs, in *Socialist Review*, 80:65-108.
HARAWAY, D. 1991, *Simians, cyborgs, and women: The reinvention of nature*, Free Association Press, London [trad. it. parziale *Il manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, Feltrinelli, Milano 1995].
HARVEY, D. 1990, *The condition of postmodernity: An enquiry into the origins of cultural change*, Blackwell, Oxford [trad. it. *La crisi della modernità*, il Saggiatore, Milano 1993].
HELMAN, C. 1988, Dr. Frankenstein and the industrial body, in *Anthropology Today*, 4:14-16.
HOGLE, L. 1995, Srandardization across non-standard domains: The case of organ procurement, in *Science, Technology and Homan Values*, 20:482-500.
HUMAN RIGHTS WATCH /ASIA 1995, An executioner's testimony. Supplemenrary submission by HRW/A to the U.S. Senate Committee on Fereing Relations May 4, 1995, heariny on China's use of executed prisoners' organs.
ILLICH, I. 1976, *Medical nemesis*, Pantheon, New York [trad. it. *Nemesi medica*, Mondadori, Milano 1977].

JORALEMON, D. 1995, Organ wars: the battle for body parts, in *Medical Anthropology Quarterly*, 9:335-56.
KALIFON, S.Z. 1995, *The shortage of donor organs in Israel: Cultrural symbols and consensus*, relazione presentata all'annuale meeting dell'American Anthropological Association, Washington, D.C., November 15-19.
KEVORKIAN, J. 1992, A controlled auction marker is a practical solution to the shortage of transplantable organs, in *Med Law*, 11:47-55.
KJELLSTRAND, C. 1990, The distribution of renal transplants: Are physicians just?, in *Trannsplantation Proceedings*, 22: 964-65.
KOENIG, B., L.F. HOGLE 1995, Organ transplantation (re)examined?, in *Medical Anthropology Quarterly*, 9:393-97.
KOLATA, G. 1995, Why organs aren't donated, in *San Francisco Chronicle*, july 7.
KOPYTOFF, I. 1986, "The cultural biography of things: Commoditization as process", in *The social life of things: Commodities in cultural perspective*, Edired by A. Appadurai, pp. 64-91, Cambridge University Press, New York.
LAQUEUR, TH. 1983, Bodies, death, and pauper funerals, in *Representations*, 191:109-31.
LASH, S. 1990, *Sociology of postmodernism*, Routledge, London.
LERER, L., R. MATZOPOULOS 1996, *A profile of violence and injury: Mortality in the Cape Town metropole*, South African medical Research Council, Tygerberg.
LOCK, M. 1993, *Encounters with aging: Mythologies of menopause in Japan and North America*, University of California Press, Berkcley.
LOCK, M. 1995, Transcending mortality: Organ transplants and the practice of contradictions, in *Medical Anthropology Quarterly*, 9:390-99.
LOCK, M. 1996, Deadly disputes: Understanding dearh in Europe, Jupan, and North Amecrica, in *Doreen B. Twnsend Center Occasional Papers*, 4:7-25.
LOCK, M. 1997, Culture, technology, and the new death: Deadly disputes in Japan and North America, in *Culture*, 17:27-42.
LOCK, M. n.d., *Twice dead: Circulation of body parts and remembrance of persons*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles (in stampa).
MARCUS, G. 1998, *Ethnography through thick and thin*, Princeton University Press, Princeton.
MARSHALL, P.A., D.C. THOMAS, A.S. DAAR 1996, Markering hu-

man organs: The autonomy paradox, in *Theoretical Medicine*, vol. ? 1-18.

MAUSS, M. 1966, *The gift*, Cohen and Wesr, London [trad. it. in *Teoria generale della magia*, Einaudi Torino 1991].

MINTZ, S.W. 1985, *Sweetness und power*, Penguin, New York [trad. it. *Storia dello zucchero. Tra politica e cultura*, Einaudi, Torino 1990].

NEVES, L.M. 1993, Patentes para a vida?, in *O Estado de São Paulo*, April 21.

NIEHAUS, I. 1993, *Coins for blood and blood for coins: Toward a genealogy of sacrifice in the Transvaal Lowveld*, Relazione presentata al meeting della Society for South African Anthropology, Johannesburg.

NIEHAUS, I. 1997, *Witchcraft, power and politics: An ethnographie study of the South African Lowveld*, Ph.D. diss., University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

NIM (NETEWORS OF INDIPENDENT MONITORS) 1996, *Breaking with the past: Reports of alleged human rights violations by South African police*, Cape Town.

OHNUKI-TIERNEY, E. 1994, Organ transplantarion: Cultural bases of medical technology, in *Current Anthropology*, 35:233-54.

PALMER, R. 1984, *Blood donation un the border region: Black donors, exdonors, and nandonors*, Rhodes University Institute of Social and Economic Research, Grahamstown.

PATARRA, I. 1982, *Fome no nordeste do Brasil*, Editora Marco Zero, São Paulo.

PEREIRA COELHO, V.S. 1996, *Interesses e instituições na politica de saúde: O transplante e a diálise no Brasil*, Ph.D. diss., Universidade Estadual de Campinas, Brazil.

PIKE, R.E., J.A. ODELL, D. KAHAN 1993, Public attitudes to organ donation in South Africa, in *South African Medical Journal*, 83(February):91-94.

PINER, M. 1992, Enlèvements d'enfants et trafic d'organes, in *Le Monde Diplomatique*, August, pp. 16-17.

RABINOW, P. 1996, *Essays on the anthropology of reason*, Princeton University Press, Princeton.

RANDALL, T. 1991, Too few human organs for transplantation, too many in need, and the gap widens, in *Journal of the American Medical Association*, 265:1223-27.

RAYMOND, J. 1989, Children for organ export?, in *Reproductive and Genetic Engineering*, 2:237-45.

REDDY, R.C. 1990, "Organ donation for consideration: An Indian viewpoint", in *Organ replacement therapy: Ethics, justice, and commerce (Proceedings of the First Joint Meeting of ESOT and EDTA/ERA, December)*, Springer-Verlag, Berlin.

RICHARDS, J.R., et al. 1998, The case for allowing kidney sales, in *Lancet*, 51:1950-52.

RICHARDSON, R. 1989, *Death, dissection, and the destitute*, Penguin, London.

RICHARDSON, R. 1996, "Fearful symmetry: Corpses for anatomy, organs for transplantation", in *Organ transplantation: Meanings and realities*, Edited by S. Younger, R. Fox, L. O'Connell, pp. 66-100, University of Wisconsin Press, Madison.

ROMANYSHIN, R.D. 1989, *Thecnology as symptom and dream*, Routledge, London.

ROTHMAN, D. 1997, Body soop, in *The Sciences*, November/ December, pp. 17-21.

ROTHMAN, D. et al. 1997, The Bellagio Task Force report on transplantation, bodily integrity, and the international traific in organs, in *Transplantation Proceedings*, 29:2739-45.

ROTHMAN, S. 1998, *Monitoring kidney donations from living donors: A pilot study in the New York metropolitan region*, Relazione presentata al World Bioethics Meetings, Tokyo, Giappone.

SAALAHUDEEN, A.K., et al. 1990, High mortality among recipients of buoght living-unrelated kidneys, in *Lancet*, 336(8717): 725-28.

SACKS, O.W. 1995, *An anthropologist on Mars*, Knopf, New York [trad. it. *Un antropologo su Marte*, Adelphi, Milano 1998].

SCHEPER-HUGHES, N. 1990, Three propositions for a critically applied medical anchropology, in *Social Science and Medicine*, 30:89-100.

SCHEPER-HUGHES, N. 1991, Theft of life, in *Transaction: Society* 27(6):57-62.

SCHEPER-HUGHES, N. 1992, *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*, University of Califarnia Press, Berkeley.

SCHEPER-HUGHES, N. 1994, "Embodied knowledge: Thinking with the body in medical anthropology", in *Assessing cultural anthrapology*, Edited by R. Borofsky, pp. 229-42, Mc-Craw-Hill, New York.

SCHEPER-HUGHES, N. 1995, The primacy of the ethical: Propositions for a militant anthropology, in *Current Anthropology*, 36:409-23.

SCHEPER-HUGHES, N. 1996a, Theft of life: Globalization of organ-stealing rumors, in *Anthropology Today*, 12(3):3-11.
SCHEPER-HUGHES, N. 1996b, Small wars and invisible genocides, in *Social Science and Medicine*, 43:889-900.
SCHEPER-HUGHES, N., D. HOFFMAN 1998, "Brazilian apartheid: Street kids and the struggle for urban space", in *Small wars: The cultural politics of childhood*, Edited by N. Scheper-Hughes, C. Sargent, University of California Press, Berkeley and Los Angeles.
SCHEPER-HUGHES, N., M. LOCK 1987, The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology, in *Medical Anthropology Quarterly*, 1:1-60.
SCHWINDT, R., A. VINING 1986, Proposal for a future delivety market for transplant organs, in *Journal of Health, Politics, Policy, and Law*, 11:483-500.
SCOTT, J. 1985, *Weapons of the weak*, Yale Universiry Press, New Haven.
SHARP, L. 1995, Organ tranaplantation as a transformative experience: Anthropological insights into the restructuring of the self, in *Medical Anthropology Quarterly*, 9:357-89.
SHARP, L. n.d., The commodification of body parts, in *Annual Review of Anthropology*, 29 (in stampa).
SHIVA, V. 1997, *Biopiracy: The plunder of nature and knowledge*, South End Press, Boston [trad. it. *Biopirateria. Il saccheggio della natura e dei saperi locali*, Cuen, Napoli 1999].
SOROS, G. 1998a, Toward a global open society, in *Atiantic Monthly*, pp. 20-32.
SOROS, G 1998b, *The crisis of global capitalism: Open society endangered*, Public Affairs, New York [trad. it. *La crisi del capitalismo globale. La società aperta in pericolo*, Ponte alle Grazie, Milano 1999].
SPIVAK, G.C. 1988, *In other words: Essays in cultural politics*, Routledge, London.
STOLBERG, S.G. 1999, Pennsylvania set to break taboo on reward for organ donations, in *New Yorh Thimes*, May 6.
SUARE-OROZCO, M. 1987, "The treatment of children in the dirty war: Ideology, state terrorism, and the abuse of children in Argentina", in *Child survival*, Edited by N. Scheper-Hughes, pp. 227-46, D. Reidel, Dordrecht.
TAMBIAH, S. J. 1990, *Magic, science, religion, and the scope of rationality*, Cambridge University Press, Cambridge.
TAUSSIG, M. 1980, *The Devil and commodity fetishism*, University

of North Carolina Press, Chapel Hill.
TAUSSIG, M. 1991a (1987), *Shamanism, colonialism, and the wildman: A study in terror and healing*, Universky of Chicago Press, Chicago and London.
TAUSSIG, M. 1991b, *The nervous system*, Routledge, New York.
TAUSSIG, M. 1997, *The magic of the state*, Routledge, New Yark.
TURNER, V. 1981, *The drums of affliction: A study of religious process among the Ndembe of Zambia*, International African Institute, London.
USIA 1994, *The child organ trafficking rumor: A modern urban legend*, repporto sottoposto all'UN Special Rapportaur on the Sale of Children.
YAUGHAN, M. 1991, *Curing their ills: Colonial power and African illness*, Stanford University Press, Stanford.
WHITE, L. 1996, *Traffic in heads*, relazione presentata alla conferenza internazionale "Selling Life: Commerce in Human Organs", Berkeley, Calif., April 26-28.
WOLF, E.R. 1982, *Europe and the people withaut history*, University of Califomia Press, Berkeley.
WOLFE, S. 1999, Letter to Dr. Jane Henney, Commissioner, U.S. Food and Drug Administration, February 10, www.citizen.org/public_citizen/hrg/what'snew/1473.